

Stefaan Baert¹

Feedback van behandelresultaten in de hulpverlening

Internationale studies tonen aan dat cliëntfeedback positieve effecten heeft op behandelresultaten. Daarnaast wordt gesuggereerd dat de kwaliteit van de cliënt-therapeutrelatie één van de beste voorspellers is voor succes. Wie met andere woorden tijdens de behandeling/begeleiding weet hoe cliënten vorderen en hoe ze hulpverleningsrelaties ervaren, heeft een streepje voor. Dit artikel beschrijft, met het oog op kwaliteitsverbetering, de ontwikkeling en implementatie van therapeutische outcome- en feedbacksystemen. Om hulpverleners blijvend te motiveren om op een systematische manier met cliëntfeedback te werken, passen we verschillende implementatiestrategieën toe. Deze bijdrage is gebaseerd op ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg bij volwassenen, maar doet suggesties voor de revalidatiesector.

■ Inleiding

De laatste jaren merken we bij hulpverleners een groeiende interesse in methodieken en tools om de behandeling/begeleiding van mensen met psychische problemen (zowel volwassenen, jongeren als kinderen) te evalueren. Hulpverleners zijn er zich meer en meer van bewust dat de sector moet kunnen aantonen dat ze kwali-

teitsvolle zorg aanbiedt. De Vlaamse overheid introduceerde veertien jaar geleden het Kwaliteitsdecreet (Decreet van 25/02/1997 & 17/10/2003). Hiermee volgde Vlaanderen een internationale tendens, die o.a. vanuit Nederland en Engeland naar ons kwam overgewaaid. Om organisaties hierin te ondersteunen ontwikkelt de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VGG) sinds 2006 methodieken om behandelresultaten in

¹ Stefaan Baert is stafmedewerker bij de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VGG) en doctorandus aan de Vrije Universiteit Brussel. Contactadres: stef@vvgg.be

kaart te brengen. Deze methodieken reiken hulpverleners en cliënten tools aan om behandelingen/begeleidingen systematisch te evalueren en bij te sturen. Hoewel onze expertise vooral gebaseerd is op ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg, proberen we de vertaling te maken naar de revalidatiesector. Na een inhoudelijke toelichting van het theoretische kader, volgt de operationalisering door middel van een model- en/of sneltraject. We sluiten af met een overzicht van sterke en zwakke punten, met daaraan gekoppeld enkele interessante implementatiestrategieën.

■ Waarom behandeluitkomsten meten?

In tegenstelling tot Nederland en Engeland bestaat er in Vlaanderen geen verplichting om behandeluitkomsten te meten. Dit heeft als gevolg dat minder intrinsiek gemotiveerde hulpverleners met goed onderbouwde argumenten overtuigd moeten worden om toch aandacht te hebben voor behandeluitkomsten. Wij zien alvast drie cruciale argumenten waarom elke hulpverlener op een objectieve en wetenschappelijk onderbouwde manier de resultaten van behandelingen/begeleidingen van mensen met psychische problemen in kaart zou moeten brengen. Ten eerste, hulpverleners die op een systematische manier

feedback vragen aan hun cliënten en de bevindingen die hieruit voortvloeien consequent met hen bespreken, komen tot betere behandelresultaten. Lambert, Whipple, Vermeersch, Smart, Hawkins, Nielsen en Goates (2002) bijvoorbeeld concludeerden dat wanneer feedback werd gegeven over de behandelresultaten, tweemaal zo veel cliënten beter functioneerden, in vergelijking met een controlegroep waarin geen feedback werd gegeven. Hoewel het bovenstaande onderzoek betrekking heeft op psychotherapie met volwassenen, kan ook in andere gebieden van de hulpverlening, zoals de revalidatiesector, met feedback worden gewerkt, bijvoorbeeld in de begeleiding van kinderen met leerstoornissen. Naast het perspectief van het kind houdt de hulpverlener best ook rekening met de ouders en/of leerkracht. Uit een onderzoek naar de succesfactoren in de beleving van ouders met leerstoornissen bleek onder meer dat luisteren naar ouders, stimuleren van realistische verwachtingen bij ouders, correcte communicatie omtrent de diagnose en tussentijdse overzichts-gesprekken met het behandelende team als belangrijk werden ervaren door de ouders. Hoewel slechts een kleine groep ouders werd bevestigd (N=38), leverde dit interessante informatie op voor het opzetten van verbeterprojecten (Csincsak, 2006). Ook in de begeleiding van kinderen met rekenstoornissen kan feedback interessant zijn. Zo kan men navragen welke rekenstrategieën het kind op school

heeft aangeleerd. Daarnaast kan ook worden getest of kinderen deze strategieën consequent toepassen. Beide aspecten vormen een belangrijk onderdeel van de begeleiding (Imbo, 2009).

Een tweede argument is dat hulpverleners die systematisch gebruikmaken van een feedbacksysteem sneller cliënten detecteren waarbij de behandeling/begeleiding dreigt mis te lopen. Lambert, Whipple, Hawkins, Vermeersch, Nielsen en Smart (2004) bijvoorbeeld toonden aan dat hulpverleners sterk zijn in het identificeren van behandelingen die goed lopen, maar minder goed in behandelingen die niet goed lopen. Met andere woorden, hulpverleners slagen er niet in om cliënten te detecteren die dreigen af te haken. Ook dit argument kan worden vertaald naar de revalidatiesector. Hoewel de meeste kinderen met leerstoornissen na de begeleiding vrij behoorlijk presteren, lukt het bij sommigen minder goed (Csincsak, 2006). Omdat het vooral de ouders zijn die bepalen of kinderen nog langer begeleiding volgen, is het gevaar dat kinderen dreigen af te haken waarschijnlijk een stuk minder groot dan bij cliënten in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Toch moet ook hier de vraag worden gesteld of de begeleiding wel op het juiste spoor zat. Is de juiste probleemanalyse gemaakt? Is het kind gemotiveerd? Is een hertesting zinvol? Een belangrijk aspect hierbij is, zo blijkt onder andere ook uit het onderzoek van Csincsak (2006), de

relatie van het kind en de ouders met de hulpverlener.

Ten slotte, feedback over de werkende factoren van de behandeling/begeleiding kan voor hulpverleners zeer interessant zijn. Het biedt mogelijkheden tot zelfreflectie. Bovendien kunnen nieuwe inzichten in volgende behandelingen/begeleidingen worden toegepast, wat de kwaliteit ten goede komt.

Samenvattend kunnen we stellen dat verschillende, vooral internationale onderzoeken aantonen dat werken met cliëntfeedback een positieve impact heeft op het behandelresultaat. Onderzoek naar behandelresultaten gebeurt vooral in de geestelijke gezondheidszorg en minder in de revalidatiesector. Het onderliggende mechanisme dat de werkzaamheid van feedback lijkt te verklaren, is het gevoel dat cliënten hebben dat er rekening met hen wordt gehouden.

■ Theoretisch model

Uitkomstenmodel

Klinische evolutie en evolutie in het functioneren zijn twee cruciale aspecten in de behandeling/begeleiding. Het eerste aspect betreft de klachten zelf, terwijl het tweede betrekking heeft op hoe men daarmee omgaat. Aandachts- of rekenstoornissen bijvoorbeeld behoren tot het klinische aspect, terwijl ze een grote impact hebben op het dage-

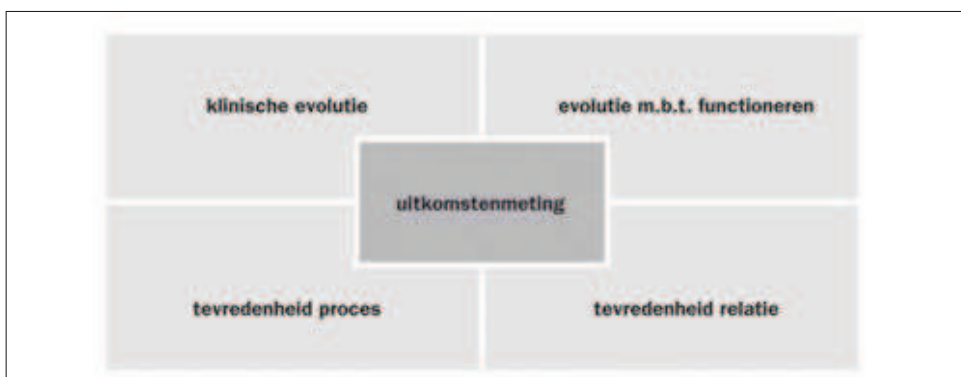
lijks functioneren van kinderen. Een begeleiding kan georiënteerd zijn op een reductie van klachten, bijvoorbeeld betere rekenstrategieën toepassen, of op het aanvaarden van beperkingen, bijvoorbeeld leren omgaan met leesproblemen. Daarnaast wordt ook de tevredenheid over de behandeling en hulpverlener als essentieel ervaren (Baert, 2008c). In welke mate zijn ouders en/of kinderen tevreden over de begeleiding in het revalidatiecentrum? Het managen van behandelingen/begeleidingen louter op grond van deze drie behandeluitkomsten is niet efficiënt zonder bijkomende informatie over hoe de cliënt de therapeutische relatie beleeft. Aangezien de therapeutische relatie één van de beste voorspellers is van behandelresultaten, vormt het een vierde kwadrant in ons uitkomstenmodel (Duncan, Sparks, Reynolds, Brown & Johnson, 2003). Ook dit aspect is in de revalidatiesector van belang. Klik het met de hulpverleners? Komt het kind graag naar de afspraak? Deze vier aspecten stellen hulpverleners in staat

om zich een genuanceerd beeld te vormen van behandelresultaten én van het therapeutische proces (zie Figuur 1).

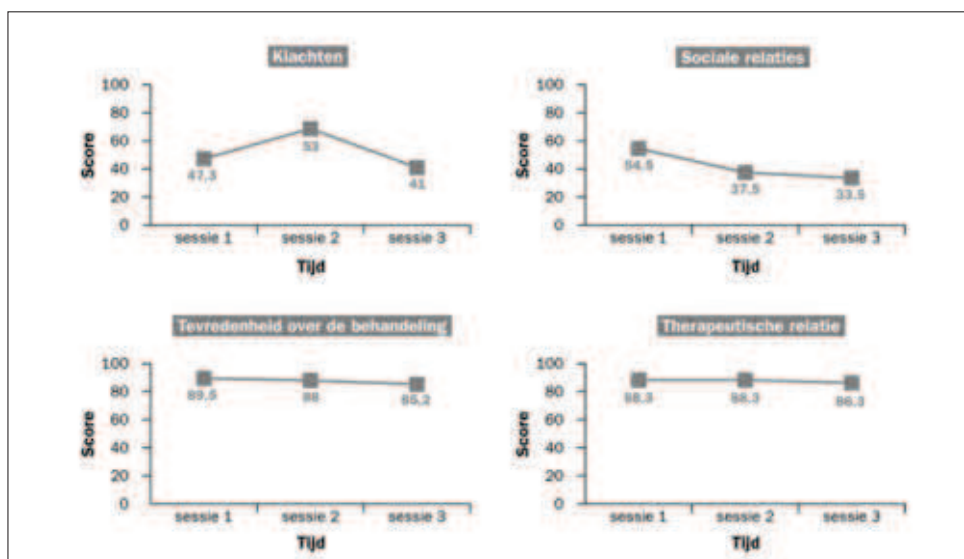
Evolutie in de tijd

Om een beeld te krijgen van de vooruitgang van cliënten kunnen we periodieke metingen uitvoeren. Dit houdt in dat er op regelmatige tijdstippen relevante behandeluitkomsten worden gemeten. Een eerste meting vindt bijvoorbeeld plaats bij aanmelding of opname. Tijdens de behandeling/begeleiding worden op vaste tijdstippen dezelfde metingen opnieuw uitgevoerd. Afhankelijk van de interne organisatie en/of het behandelplan kan dit na x aantal weken/sessies gebeuren. Ook op het einde van de behandeling/begeleiding worden deze metingen opnieuw uitgevoerd (Baert, 2008b). Deze metingen worden grafisch voorgesteld. Ze geven aan of de behandeling/begeleiding resulteert in een vermindering van de klachten, toegenomen functionaliteit

Figuur 1: Uitkomstenmodel



Figuur 2: Voorbeeldgrafieken



Noot. Deze grafieken zijn gemaakt met de online Tool voor Uitkomstenmeting (TUM).

of levenskwaliteit, en/of tevredenheid over de behandeling/begeleiding en/of hulpverleners. Figuur 2 bijvoorbeeld toont dat de cliënt sinds de eerste sessie minder goed functioneert, maar wel tevreden is over de aanpak van de hulpverlener. Om schijn- en kortetermijneffecten te vermijden, wordt aangeraden om de meetinstrumenten x aantal maanden na ontslag een laatste keer af te nemen om na te gaan of het effect van de behandeling/begeleiding behouden blijft (Baert, 2008b). Ook in de revalidatiesector worden interventies geëvalueerd. Bij hertesting van bijvoorbeeld rekenvaardigheden kan de evolutie worden besproken. Kan het kind beter rekenen? Past het (consequent) een goede rekenstrategie toe? Daarnaast is het ook belangrijk

om na te gaan hoe het kind in de rekenles op school functioneert. Heeft het kind nog altijd last van wiskundeangst (Imbo, 2009)? Tenslotte is het ook belangrijk dat het kind graag naar de revalidatie gaat en dat er een goede band is met de verschillende hulpverleners.

Operationalisering

De operationalisering van het uitkomstenmodel evolueerde van een modeltraject met verschillende, uitgebreide meetinstrumenten naar een sneltraject met één kort, maar krachtig meetinstrument. Beide methodieken hebben voor- en nadelen. Ze kunnen ook

gecombineerd worden. We stellen ze hieronder voor.

Modeltraject (2006-2009)

Zoektocht naar geschikte meetinstrumenten

Onze zoektocht naar geschikte meetinstrumenten voor de invulling van het theoretische kader toonde aan dat slechts een minderheid van de meetinstrumenten aan de gestelde eisen van praktische bruikbaarheid en wetenschappelijke evidentie voldoet (Baert, 2008a). Nederlandse onderzoekers kwamen tot dezelfde bevinding (Nolen, 2004; van Wijngaarden, Wennink & Kom, 2003).

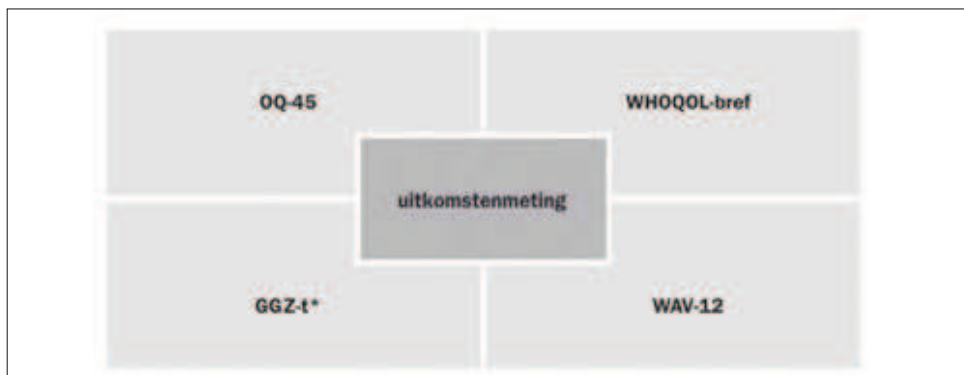
Implementatie in de geestelijke gezondheidszorg

Van oktober 2007 tot december 2009 werd in Vlaanderen gestart met de eerste fase van de implementatie van deze methodiek in de geestelijke gezondheidszorg. De operationalisering in

de klinische praktijk gebeurde via een zogenaamd uitkomstenkompas waarin verschillende meetinstrumenten werden samengebracht. Vijfendertig organisaties uit het brede veld van de geestelijke gezondheidszorg namen hieraan deel. De doelgroep bestond vooral uit volwassenen, maar ook kinder- en jongerenteams namen deel (Baert, Desmit, Herman, Verbeerst, Adriaenssens, De Wachter & Casselman, 2009; Baert, Rambour, Delaere, Bockstaele & Bauwens, 2010). Ze zochten voor één of meerdere aspecten uit het uitkomstenmodel geschikte meetinstrumenten uit een short list.

Figuur 3 toont een voorbeeld van een uitkomstenkompas: linksboven de *Outcome Questionnaire (OQ-45)* (de Beurs, Den Hollander-Gijsman, Buwalda, Trijsburg & Zitman, 2005) om klinische evolutie te meten, rechtsboven Quality of life van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHOQOL-bref) (De Vries & Van Heck, 1996) om functioneren in kaart te brengen, linksonder de *ggz-thermometer*

Figuur 3: Uitkomstenkompas



(Kok & Mulder, 2005) om tevredenheid te meten, en ten slotte rechtsonder de *Werk Alliantie Vragenlijst* (WAV-12) (Stinckens, Ulburghs & Claes, 2009) om zicht te krijgen op de therapeutische relatie.

Evaluatie pilootproject

We stelden vast dat hulpverleners met een aantal praktische problemen werden geconfronteerd. Drie bemerkingen kwamen steeds terug. Ten eerste, de voorgestelde instrumenten waren te uitgebreid voor systematisch gebruik in de klinische praktijk en namen daardoor te veel tijd in beslag. De meeste organisaties besloten dan maar om de tijd tussen de verschillende meetmomenten te vergroten, met als gevolg dat een aanzienlijk deel van de cliënten slechts één keer werd gemeten. Ten tweede, de meeste vragenlijsten waren niet aangepast aan de Vlaamse ggz-context. Sommige vragenlijsten bevatten bijvoorbeeld irrelevante vragen en weinig instrumenten hadden Vlaamse normen. Ten slotte, de datacollectie verliep niet geautomatiseerd, waardoor veel kostbare tijd verloren ging (Baert, Vanderplasschen & Casselman, 2010). Als antwoord op deze verzuchtingen zijn we in januari 2010 gestart met de ontwikkeling van een nieuwe methodiek (TUM, zie verder).

Suggestie voor de revalidatiesector

In de revalidatiesector zullen uiteraard andere meetinstrumenten moeten wor-

den gehanteerd. Voor de evaluatie van bijvoorbeeld aandachtsproblemen bij volwassenen kan de Zelfevaluatie van Aandacht- en Geheugenproblemen (ZAG) worden gebruikt (Paemeleire, Savonet & Van Beneden, 2007). De ZAG, bestaande uit twintig items die worden gescoord op een vijf-puntenschaal, kan zeer snel worden afgenomen. Het instrument toont een hoge test-hertestbetrouwbaarheid ($r = .81$), een hoge interne consistentie (Cronbach's $\alpha = .89$) en een goede inhoudsvaliditeit. Hoewel de veranderingsgevoeligheid van het instrument niet is onderzocht, suggereren de auteurs de ZAG als instrument om veranderingen met betrekking tot aandacht te evalueren.

Sneltraject (2010-2011)

Alternatieven

Om behandelresultaten op een tijds-efficiënte manier te meten, moeten we beschikken over een kort, maar veranderingsgevoelig meetinstrument. Een nieuwe zoektocht naar kortere meetinstrumenten resulteerde in de *Outcome Rating Scale* (ORS) als alternatief voor de *Outcome Questionnaire* (OQ-45) en de *Session Rating Scale* (SRS) als alternatief voor de *Werk Alliantie Vragenlijst* (WAV-12) (Miller, Sorrell & Brown, 2005). De ORS en SRS bestaan elk uit vier items. Deze acht items worden gescoord op visueel analoge schalen (VAS), d.w.z. lijnstukken met aan beide uitersten twee

tegenovergestelde beweringen (voorbeeld: zie figuur 4). De afname duurt slechts enkele minuten. Amerikaans en Nederlands betrouwbaarheids- en validiteitsonderzoek toonde bevredigende resultaten (Duncan e.a., 2003; Hafkenscheid, 2010; Miller e.a., 2005). Voor de ORS en SRS bestaan echter geen Vlaamse normen. Beide instrumenten brengen slechts twee van de vier kwadranten van het theoretische model in kaart.

Nieuwe methodiek: Tool voor Uitkomstenmeting (TUM)

Ontwikkeling: Op basis van de bovenstaande VAS-methodologie hebben we veertien nieuwe items ontwikkeld. Deze items weerspiegelen de vier verschillende aspecten van het theoretische model en kunnen via een beveiligde internetverbinding worden afgenomen. De eerste zeven items meten de klinische evolutie en de evolutie in functioneren. De laatste zeven items meten de tevredenheid en therapeutische relatie en worden na de sessie gemeten. Figuur 4 toont een voorbeelditem.

Validiteit: Het validiteitsonderzoek gebeurde in zeven Vlaamse centra voor geestelijke gezondheidszorg. In totaal werden 200 cliënten gedurende de eerste drie sessies van hun behandeling bevroegd. Om de nieuwe visueel analoge schalen te valideren werden bijkomend de volgende meetinstrumenten afgenomen: de OQ-45, de WHOQOL-bref, de ggz-thermometer (gescoord op een vijfpuntschaal) en de WAV-12. Een confirmatorische factoranalyse toont aan dat een vierfactorenoplossing het best paste bij de data ($X(38)^2 = 58.694$, CFI = .99, TRL = .988, RMSEA = .052). Een eerste factor beschrijft de *klachten*, een tweede de *sociale relaties*, een derde de *tevredenheid* en een vierde de *therapeutische relatie*. Drie vragen werden weggelaten wegens te lage factorladingen (< .30). Deze analyse komt overeen met het vooropgestelde theoretische model (Figuur 1). De Tool voor Uitkomstenmeting (TUM) bestaat dus uit vier subschalen: klachten, sociale relaties en tevredenheid zijn drie outcome-aspecten, de therapeutische relatie is een procesaspect. Uit verdere analyses blijkt dat de *klachten*

Figuur 4: Voorbeeld van visueel analoge schalen (VAS) uit de Tool voor Uitkomstenmeting



Noot. TUM: Tool voor Uitkomstenmeting; Bron: <https://www.e-capture.net/tum/>

schaal sterk samenhangt met symptomen (.65, OQ-45) en met lichamelijke en psychische welbevinden (.68 & .59, WHOQOL-bref). De *schaal sociale relatie* hangt sterk samen met sociale relaties en omgeving (.51 & .51, WHOQOL-bref). De *therapeutische relatie* hangt matig samen met taakomschrijving (.41), therapiedoelstelling (.47) en therapeutische band (.39, WAV-12). De *tevredenheid* en *therapeutische relatie* hangen sterk samen met tevredenheid (.88 & .82, ggz-thermometer). Deze hoge correlaties zijn een ondersteuning voor de validiteit van deze subschalen (Baert, 2011). In een volgende fase zal de toepasbaarheid van de TUM worden uitgebreid naar de residentiële sector en kinderen/jongeren.

■ Implementatiestrategieën

Ondanks de interesse en motivatie van hulpverleners zijn er verschillende redenen waarom het meten van behandel- en procesaspecten in een organisatie én de terugkoppeling ervan naar cliënten, kunnen vastlopen. Globaal genomen ondervinden we twee soorten weerstanden: *praktische bezwaren* (bv. gebrek aan tijd en kennis) en *principiële bezwaren tegen 'meten'* (bv. gebrek aan motivatie). Hoewel er in de geestelijke gezondheidszorg tegenstanders zijn, gaat de discussie op dit moment eerder over hoe men in

de praktijk met cliëntfeedback omgaat. Sommige hulpverleners zijn bijvoorbeeld niet gewonnen om systematisch te meten, maar wel om te werken met feedback.

Om een draagvlak te creëren zijn strategieën nodig om de houding en gewoontes van hulpverleners en organisaties te veranderen. Hieronder worden drie implementatiestrategieën weergegeven. Een eerste strategie bestaat erin om ongemotiveerde hulpverleners via vormingsmomenten te informeren over de voordelen van het meten van behandeluitkomsten en feedback geven. Ons onderzoek wees uit dat de motivatie van hulpverleners significant steeg na een twee uur durende interactieve vorming (Baert, Van Den Bossche, Bowman & Claes, ingediend). We zijn ons ervan bewust dat de toepassing van nieuwe feedbacksystemen soms onzekerheid teweegbrengt bij hulpverleners. Transparantie over het opzet van het project en wie toegang heeft tot welke data zijn daarom essentieel. Aangezien dergelijke feedbacksystemen het best wordt geïntegreerd in de bestaande werking, adviseren we om de hulpverleners bij dit implementatieproces te betrekken, bijvoorbeeld door de oprichting van een werkgroep, zodat er voldoende rekening kan worden gehouden met de praktische aspecten van de klinische praktijk.

Gemotiveerde hulpverleners daarentegen, reiken we een feedbacktool aan,

zodat ze op een efficiënte manier behandeluitkomsten kunnen meten en feedback kunnen geven. Een voorbeeld daarvan is de TUM. Aangezien cliënten de TUM online invullen, krijgen hulpverleners onmiddellijk feedback over de verandering van behandel- en procesaspecten over de tijd.

Ten slotte worden ook hulpverleners die gestart zijn met het meten van behandeluitkomsten verder begeleid. Het is immers niet ondenkbaar dat het feedbacksysteem na verloop van tijd niet meer wordt gebruikt. Een tweede gevaar is dat hulpverleners enkel metingen uitvoeren, zonder feedback te geven aan hun cliënten. Verdere opleiding over hoe hulpverleners feedback kunnen hanteren als een therapeutisch werkinstrument in hun behandeling/begeleiding is voorzien (Baert, Van Den Bossche, Bowman & Claes, ingediend).

■ Conclusie

Vanuit het concept kwaliteitsverbetering beschrijft dit artikel ontwikkelingen en implementatiemogelijkheden van verschillende therapeutische outcome- en feedbacksystemen. Omdat onderzoek aantoonde dat cliëntfeedback en de kwaliteit van een goede cliënt-therapeutrelatie een positieve impact hebben op het behandelresultaat, is het cruciaal dat hulpverleners weten hoe cliënten evolueren en hoe ze

hulpverleningsrelaties ervaren. Uit een Vlaams pilootproject waarin verschillende meetinstrumenten werden geïmplementeerd in diverse geestelijke gezondheidszorg organisaties blijkt dat de meeste meetinstrumenten niet geschikt zijn om systematisch toe te passen. Bovendien is een geautomatiseerde dataverwerking onontbeerlijk om efficiënt feedback te kunnen geven aan cliënten. Vanuit deze verzuchtingen ontwikkelde de VVGG een nieuw therapeutisch feedbackinstrument, de TUM. De toepassing van de TUM kadert in een bredere methodiek die hulpverleners helpt bij de evaluatie van behandelingen/begeleidingen. Mits enkele inhoudelijke aanpassingen kan dezelfde methodiek ons inziens worden toegepast in de revalidatiecentra. De VVGG denkt na om deze methodiek ook toe te passen bij andere doelgroepen, bijvoorbeeld kinderen/jongeren. Als we hulpverleners blijvend willen motiveren om op een systematische manier feedback te geven aan cliënten, dan moeten we verschillende implementatiestrategieën hanteren. Het gebruik van verschillende strategieën is nodig omdat de bereidheid om in Vlaanderen met uitkomsten- en feedbacksystemen te werken sterk varieert.

■ Referenties

Baert, S. (2008a). 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.

- Baert, S. (2008b). Hoe resultaten van behandeling meten in de klinische praktijk? Oproep tot deelname. *Psychiatrie & verpleegkunde*, *84*, 227-237.
- Baert, S. (2008c). Uitkomstenmanagement in Vlaanderen. Het meten van behandeluitkomsten in de geestelijke gezondheidszorg. *Psyche*, *20(4)*, 14-16.
- Baert, S. (2011). Psychometric characteristics of outcome and feedback management systems: Preliminary findings based on the multi-dimensional, web-based Tool for Outcome Measurement (TOM). *Abstractbook Annual Meeting of the Belgian Association for Psychological Sciences*, Universiteit Gent, 27/05/2011, 86.
- 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 17/09. Deel 7. In de VVGG-reeks: *Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent: VVGG.
- Baert, S., Rambour, W., Delaere, E., Bockstaele, M., & Bauwens, H. (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.
- Baert, S., Van Den Bossche, M., Bowman, J., & Claes, L. (ingediend). Are professionals ready to apply outcome systems in their practice? A survey among community mental health centres.
- Baert, S., Vanderplasschen, W., & Casselman, J. (2010). De toepassing van meetinstrumenten: stand van zaken 2007-2009. Deel 9. In de VVGG-reeks: *Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent, VVGG.
- Csincsak, M. (2006). Kritische factoren in de beleving van ouders van kinderen met leerstoornissen. *Signaal*, *55*, 4-17.
- De Beurs, E., Den Hollander-Gijsman, M.E., Buwalda, V., Trijsburg, W., & Zitman, F.G. (2005). De Outcome Questionnaire OQ-45: psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, *40*, 393-400.
- De Vries, J., & Van Heck, G.L. (1996). *WHOQOL-Bref*. Tilburg, Universiteit van Tilburg.
- Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. *Belgisch Staatsblad*, 10 november 2003.
- Decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen. *Belgisch Staatsblad*, 9 april 1997.
- Duncan, B.L., Sparks, J.A., Reynolds, L.R., Brown, J., & Johnson, L.D. (2003). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a "working alliance measure". *Journal of Brief Therapy*, *3(1)*, 3-12.
- Hafkenscheid, A. (2010). De Outcome Rating Scale (ORS) en de Session Rating Scale (SRS). Enkele psychometrische kenmerken van de Nederlandse versies. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, *6*, 394-403.
- Imbo, I. (2009). Rekenstrategieën: een vergelijking tussen verschillende culturen met implicaties voor de klinische praktijk. *Signaal*, *66*, 4-24.
- Kok, I., & Mulder, E. (2005). *Clëntenwaardering in de GGZ: Handleiding bij de diverse thermometers (versie 2005)*. Trimbos instituut & GGZ Nederland.
- Lambert, M.J., Whipple, J., Hawkins, E., Vermeersch, D., Nielsen, S., & Smart, D. (2004). Is it time for clinicians routinely to track client outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology*, *10*, 288-301.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Vermeersch, D.A., Smart, D.W., Hawkins, E.J., Nielsen, S.L., & Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: A replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *9*, 91-103.

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

Nolen, W.A. (2004). Meten is weten, ook in de psychiatrie: Aanbevelingen voor het gebruik van meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk (redactioneel). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 643-645.

Paemeleire, F., Savonet, A., & Van Beneden, G. (2007). Aandachtsproblemen bij volwassenen: zelfevaluatie en behandeling met het totaalpakket FOCUMIX. *Signaal*, 59, 4-21.

Stinckens, N., Ulburghs, A., & Claes, L. (2009). De werkalliantievragenlijst als sleutelement in therapiegebeuren. Meting met behulp van de WAV-12, de Nederlandstalige verkorte versie van de Working Alliance Inventory. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*, 39(1), 44-60.

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

Aansluitend bij de N-CDIs

Ontdek vroege signalen van mogelijke problemen met alledaagse communicatievaardigheden

EPVs

Lijsten voor Evaluatie van Pragmatische Vaardigheden



Screeninginstrument voor de vroege opsporing van kinderen met een risico op communicatieve problemen.

Mie Cocquyt
Inge Zink



Evaluatie Pragmatische Vaardigheden bij jonge kinderen (6-30 m)

- ▶ screening van alledaagse communicatievaardigheden **vanaf zes maanden**
- ▶ **genormeerde** vragenlijsten om te peilen of de manier waarop het kind pragmatische vaardigheden gebruikt, overeenkomt met wat te verwachten is op basis van de leeftijd
- ▶ **non-verbale en verbale** uitingen
- ▶ voor **Vlaanderen én Nederland**

>> voor teamleden Kind & Gezin, leidinggevenden Kinderdagverblijven en Diensten Opvanggezinnen

Pakket = handleiding (136 p.), 20 vragenlijsten en Excel-tool voor elektronische verwerking

Meer info, demo en bestellen >> www.sig-net.be

ADVERTENTIE