

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Onderzoek gesignaleerd

In dialoog met ouders en kinderen

Een gestructureerd adviesgesprek ontworpen en getoetst

Nicole Vliegen

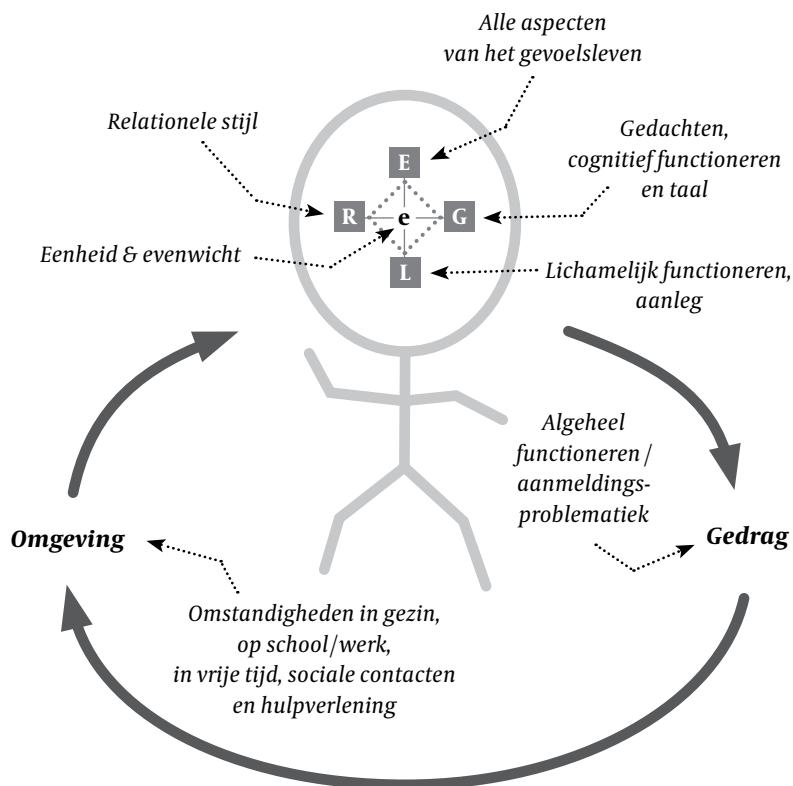
Inleiding en situering van het gestructureerd adviesgesprek

Op zoek naar een model om te denken over de afstemming tussen hulpvraag en hulpaanbod dat bruikbaar is in zowel psychologie- als psychotherapieonderwijs, kwam ik terecht bij het recente werk van George Westermann, kinder- en jeugdpsychiater, en zijn collega Jac Maurer, klinisch psycholoog en psychotherapeut. Maurer en Westermann publiceerden in 2007 een praktijkgericht model voor een gestructureerd adviesgesprek voor hulpverleners die met kinderen en gezinnen aan de slag gaan in uiteenlopende instellingen.

Dit model, het ‘Dialoogmodel’ (www.dialoogmodel.nl) genoemd, is gebaseerd op twee centrale pijlers: de *dialoog* met kinderen en ouders enerzijds en het *visualiseren* van hun vragen, zorgen, en pad naar een uiteindelijke hulpvraag. Het Dialoogmodel ontstond – aldus de auteurs – vanuit de zoektocht naar een coherente, overzichtelijke en heldere manier om in beeld te brengen hoe diverse domeinen (het lichamelijke, relationele, emotionele, en cognitieve domein) met elkaar interageren en uiteindelijk leiden tot dit probleem bij dit kind in dit gezin. *In dialoog met kind en ouders* wordt bij elkaar gebracht hoe het kind functioneert in die vier domeinen in interactie met het systeem waarvan het deel uitmaakt. Dit gebeurt met de woorden die kind en systeem aanreiken, en er wordt telkens zeer nauwgezet getoetst of dit ook is wat men bedoelt. Zowel de ervaren krachten als kwetsbaarheden krijgen voldoende aandacht. De auteurs geven aan geen theoretisch maar een praktisch model te hebben ontwikkeld, wat echter zowel een correcte

beschrijving als een understatement is. Er wordt namelijk in zeer ‘gewone’ taal, de ‘eigen’ taal van het kind en diens systeem gesproken, maar dit gebeurt vanuit een zeer gedegen multitheoretisch perspectief. Westermann en Maurer brengen in hun Dialoogmodel inzichten samen vanuit diverse theoretische hulpverleningsmodellen, en bieden een kader dat deze theoretische invalshoeken overstijgt.

Om kind en gezin bij dit proces betrokken te houden, wordt het verbale gebeuren verankerd in een beeld, een *visualisatie*. Alles wat besproken wordt, krijgt zijn plaats in een ‘plaatje’. Met dit beeld (zie figuur 1) – dat een samenvatting beoogt te bieden van het besprokene – wordt vervolgens verder gewerkt gedurende de opstartfase van het hulpverleningsproces.



Figuur 1 Visualisatie van de neerslag van het gestructureerd adviesgesprek
(© Maurer & Westermann, 2007)

Westermann schreef in 2010 een proefschrift waarin hij deze gestructureerde intakemethode beschrijft, verder verfijnt en evalueert. Maurer en Westermann beoogden immers een wetenschappelijk onderbouwde, effectieve en doelmatige adviseringsprocedure te ontwikkelen voor de jeugd-ggz. In zijn promotieonderzoek boog Westermann zich daarom over vragen als: hoe vinden adviesgesprekken doorgaans plaats en bestaat er belangstelling voor een gestandaardiseerde procedure? Heeft een gestandaardiseerde procedure een meerwaarde voor kind, ouders en hulpverlener? Heeft visuele ondersteuning van de informatie-uitwisseling een meerwaarde voor deze betrokkenen?

In deze bespreking volg ik de structuur van het Westermanns proefschrift, dat is opgebouwd volgens de opeenvolgende fasen van het onderzoek. Na een literatuurstudie omtrent beslissingsprocessen en advisering in de gezondheidszorg (hoofdstuk 2), onderzocht Westermann hoe er in de jeugd-ggz-instellingen in Nederland adviesgesprekken worden gevoerd (hoofdstuk 3). In 2008 vond er een Delphi-onderzoek plaats over het gestructureerd adviesgesprek (hoofdstuk 4), gevolgd door het gerandomiseerd gecontroleerd klinisch effectonderzoek dat de hoofdmoot van het proefschrift betreft (hoofdstuk 5, 6 en 7). Ik eindig deze bespreking met een kritische noot betreffende het gestructureerd adviesgesprek en het onderzoek hiernaar.

Het onderzoek rondom het gestructureerd adviesgesprek

Inventarisatie in de ggz In een eerste fase (voorjaar 2007) van zijn onderzoek inventariseerde Westermann hoe er in de 51 jeugd-ggz-instellingen in Nederland adviesgesprekken worden gevoerd. Uit de antwoorden van 48 van deze 51 instellingen (94% respons) bleek dat slechts een kwart van deze instellingen soms een gestandaardiseerde werkwijze gebruikt. Van een lijst van 23 items (de items 1-3 bijvoorbeeld betreffen verwachtingen van ouders, kind of verwijzer) was er geen enkel item dat door alle instellingen wordt bevraagd. De top-5 van deze items betrof het behandelingsadvies (besproken in 81% van de instellingen), de behandelingsdoelen (69%), de beschrijvende diagnose (67%), de afspraken (65%), de hulpvragen van ouders (56%). Wat amper aan bod bleek te komen is: de eigen financiële bijdrage van ouders (25%), de verwachtingen van het kind (21%), de vraag van de verwijzer (17%). De vraag naar belangstelling voor een gestandaardiseerd adviesgesprek

werd door 38 instellingen (79%) positief beantwoord, en door 5 instellingen (10%) negatief.

Deze cijfers wijzen dus op zeer grote verschillen tussen behandelaars en instellingen wat betreft de thema's die besproken worden in de adviesfase van een behandeling. Vanuit het perspectief van het hulpvragende gezin betekent dit dat het aanbod erg afhangt van de plaats waar het gezin de hulpvraag stelt. Een kritische kanttekening die ik hierbij wil maken betreft de wijze waarop de auteur nagaat en interpreteert wat 'door alle instellingen bevraagd' wordt. Westermann suggereert dat het feit dat er slechts weinig thema's standaard aan bod kwamen in alle instellingen, te maken heeft met arbitraire keuzes, stokpaardjes c.q. blinde vlekken van de betrokken hulpverleners. Hoewel dit een plausible hypothese is, zou het toch ook interessant zijn geweest niet alleen te vragen welke thema's al dan niet worden besproken in zo'n eerste hulpverleningsfase, maar ook om instellingen te doen stilstaan bij de redenering die ze daarbij volgen. Volgen hulpverleners misschien bepaalde impliciete 'als... dan...' redeneringen waarbij zij — naargelang de informatie die zij gaandeweg verwerven — bepaalde sporen wel verder uitdiepen en andere bijgevolg loslaten en niet langer meenemen in het gesprek?

Paneldiscussie over het Dialoogmodel In 2008 vond er een Delphi-onderzoek plaats, een schriftelijke paneldiscussie tussen deskundigen uit de jeugd-ggz, het beleidskader, de communicatiewetenschappen en een vertegenwoordiging van patiëntenorganisaties of ouderverenigingen. Deze discussie betrof het belang van structurering en uniformiteit van advisering, en de haalbaarheid van het gebruik van het Dialoogmodel. Het visuele schema van het Dialoogmodel werd in consensus door de diverse partijen ervaren als duidelijk, volledig, logisch opgebouwd en houvast biedend aan de hulpverlener. Er kwamen bovendien drie belangrijke aspecten van het adviesgesprek op de voorgrond: (1) goed aansluiten bij het voorafgaande (bijvoorbeeld het diagnostische proces), (2) in dialoog met cliënten tot een gedeelde visie komen over het beeld en de aanpak, en (3) afspraken vastleggen. Uiteraard maakt het tweede deel de 'hoofdmoot' van het adviesgesprek uit, maar dat maakt beide andere onderdelen daarom niet minder relevant. Tijdens dit Delphi-onderzoek werden ook nog enkele aanvullingen voorgesteld, wat uiteindelijk leidde tot de definitieve versie van de gestructureerde adviesmethode.

Evaluatieonderzoek van het Dialoogmodel Een cruciaal gedeelte van dit promotieonderzoek was het gerandomiseerd gecontroleerd klinisch onderzoek (van zomer 2008 tot zomer 2009) waarin werd geëvalueerd of het gestructureerd adviesgesprek ouders helpt om minder onzeker en meer tevreden te zijn (beslissingsambivalentie) over de keuzes die omtrent het verdere hulpverleningstraject gemaakt moeten worden. Om dit te onderzoeken is een beroep gedaan op het Ottawa Decision Support Framework (Légaré, O'Connor, Graham, & Tremblay, 2006). In dit kader wordt gesproken van 'shared decision making', een besluitvormingsproces gebaseerd op vier cruciale aspecten van communicatie: (1) het verstrekken van duidelijke informatie, (2) gelegenheid bieden om vragen te stellen, (3) bereidheid om beslissingen te delen, en (4) overeenstemming tussen patiënt en hulpverlener over het probleem en het plan.

Om het gestructureerd adviesgesprek te evalueren zijn twee meetinstrumenten vertaald en onderzocht, de Decisional Conflict Scale (DCS; O'Connor, 1995) die het perspectief van de ouders weergeeft, en het Provider Decision Process Assessment Instrument (PDPAI; Dolan, 1999), dat het perspectief van de hulpverlener betreft. Beide instrumenten zijn concretisering van het Ottawa Decision Support Framework, en blijken geschikt te zijn om de beslissingsambivalentie te meten. De Nederlandse versies werden BAS-16 (Beslissingsambivalentieschaal met 16 items) en BBB-12 (Beoordelingsschaal Besluitvormingsproces Behandelaar met 12 items) genoemd.

Honderdtien kinderen beneden de twaalf en hun ouders werden in het onderzoek opgenomen. Zij werden willekeurig toegewezen aan een behandelaar, die een gestructureerd adviesgesprek aanbood (interventieconditie) versus 'care as usual' (controleconditie). Vlak voor (T1) en meteen na afloop van het adviesgesprek (T2) werd de beslissingsambivalentie van zowel ouders als hulpverlener nagevraagd. Uiteindelijk volbrachten 91 gezinnen de volledige onderzoekscyclus, waarvan 45 het gestructureerd advies kregen, en 36 deel uitmaakten van de controlegroep. Uit dit onderzoek bleek dat ouders die een beslissing moesten nemen over de behandeling van hun kind zich minder onzeker en meer tevreden voelden als er een gestructureerd adviesgesprek had plaatsgevonden. De ouders die een gestructureerd adviesgesprek kregen, rapporteerden vaker dan ouders uit de controlegroep dat ze goed geïnformeerd waren, en ze scoorden hoger op de vraag of de verkregen informatie en het voorgestelde hulpverleningsaanbod ook aansloot bij de waarden van hun gezin. Ook vonden meer ouders

na een gestructureerd adviesgesprek dat ze voldoende hadden kunnen meebeslissen.

Een klinisch relevant verschil betrof de opvolging van het advies. Hoewel de ouders uit beide onderzoekscondities het in hoge mate eens waren met de diagnostische conclusies en het behandelingsadvies, stelden ouders uit de controlegroep de opvolging van dit advies vaker uit. Dat ouders het eens zijn met het advies, betekent met andere woorden nog niet dat ouders dit advies – meteen of op lange termijn – ook opvolgen. Het gestructureerde adviesgesprek bleek de acceptatie van het advies te bevorderen en daarenboven te helpen om er daadwerkelijk mee aan de slag te gaan.

Verder bleek uit dit onderzoek dat de beslissingsambivalentie bij de behandelaren niet significant afnam door het gestructureerd adviesgesprek, maar dit kan te wijten zijn aan het feit dat de behandelaren voorafgaand aan het adviesgesprek al weinig ambivalentie rapporteerden, zodat er een statistisch vloer- of bodemeffect optrad. De behandelaren van beide condities bleken bij de voormeting al erg zeker en tevreden over de door hen gevolgde procedure.

Hoewel interessant en relevant, is dit gedeelte van de studie vanuit methodologisch perspectief het kwetsbaarste luik van het geheel. Er wordt in dit deel veel aandacht besteed aan de gedetailleerde beschrijving van beide steekproeven, en vervolgens aan de verschillen van ouders en hulpverleners voor en na het adviesgesprek. Hoewel deze zeker pleiten in het voordeel van de gestructureerde methode, blijft er mijns inziens veel materiaal liggen dat interessant zou zijn voor statistische analyse. Zo vraag ik me af of de ouderlijke inschatting en die van de hulpverlener een zekere mate van samenhang vertonen of helemaal los staan van elkaar. Dat analyses van moeders en vaders afzonderlijk werden gemaakt, is gemotiveerd vanuit het feit dat er sekseverschillen werden vastgesteld. Dit betekent dan wel dat er voor sommige gezinnen dubbele scores zijn meegenomen (die van vader en moeder), voor andere alleen die van vader of die van moeder. Ten slotte zijn de tabellen niet altijd even helder gestructureerd.

Naast de hierboven beschreven kwantitatieve invalshoek is ook kwalitatief nagegaan hoe ouders en behandelaars het gestructureerde adviesgesprek hebben ervaren. Via een enquête bij de behandelaars is feedback gevraagd over de training in het adviesgesprek, die tweemaal drie uur in beslag nam. Aan ouders en behandelaars is ook een beoordeling gevraagd van het adviesgesprek-formulier waarop alle informatie bij elkaar wordt gebracht. Zowel ouders als behandelaars spraken

veelal in positieve termen — als ‘bruikbaar’, ‘gebruiksvriendelijk’ en ‘duidelijk’ — over deze werkwijze. De visualisatiemethode werd ervaren als bevorderlijk voor de informatieoverdracht, de besluitvorming en de samenwerking.

Discussie en besluit

Een empirische noot Als onderzoeker heeft Westermann een groot werk geleverd. In de opbouw heeft hij met een diversiteit aan wetenschappelijke methodes een weg gezocht om zijn adviesgesprek zijn definitieve vorm te geven. Via literatuurstudie heeft hij het dialoogkarakter grondig gefundeerd, en via Delphi-onderzoek heeft hij het getoetst aan de expertise van ervaren collega's. Via bevraging van de gezondheidszorgsector heeft hij de mate van en nood aan standaardisatie in kaart gebracht. De tweede pijler van deze advisering, het visualiseren, is in het gerandomiseerd klinisch onderzoek wat ‘uit beeld’ geraakt, behalve dan in de kwalitatieve bevraging van ouders en hulpverleners. De visualisatiemethode is op zich ook bijzonder boeiend en relevant, en zou evenzeer een interessant onderwerp van verder onderzoek zijn.

Vervolgens is er de vertaling van twee bestaande instrumenten die de ervaringen omtrent het beslissingsproces in kaart brengen. Deze werden — na factoranalyse — herwerkt tot bruikbare Nederlandstalige instrumenten, die in dit eerste onderzoek betrouwbaar en valide zijn gebleken. Ook hier ligt een weg voor verder onderzoek naar deze instrumenten op bredere schaal.

Ten slotte is er het gerandomiseerd gecontroleerd klinisch onderzoek in een groep van gezinnen die het gestandaardiseerde adviesgesprek kregen aangeboden, en een groep die ‘care as usual’ kreeg. Dit deel van de studie heeft een kwantitatief en een kwalitatief luik, waarvan het kwantitatieve luik mijns inziens om de eerder genoemde redenen de kwetsbaarste schakel in het geheel is. Daartegenover staat dan wel dat hier een belangrijke indicatie is ten gunste van het Dialoogmodel, wat verder onderzoek absoluut rechtvaardigt.

Een klinische noot Dat het gestructureerd adviesgesprek zoals uitgewerkt door Maurer en Westermann positief onthaald wordt door ouders en hulpverleners, is absoluut bemoedigend. Dat ouders het als positief ervaren, ligt in de lijn der verwachting. Hun inspraak wordt immers

actief gefaciliteerd en gevalideerd, en ze worden uitdrukkelijker betrokken in het beslissingsproces. Aan de kant van de hulpverleners is het enthousiasme iets minder vanzelfsprekend. Als hulpverlener vinden we vaak – en zeker niet altijd ten onrechte – dat een aanbod individueel afgestemd dient te zijn op het gezin. Een zekere huiver voor gestandaardiseerde methodes en protocollen wordt vaak nog versterkt door al te rigide en vaak door louter economische redenen aangestuurde protocolleringen. Dat een goede en gestandaardiseerde werkwijze ervaren wordt als helderheid en houvast biedend, is dan ook een goede zaak, en is wellicht ook verbonden met de wijze waarop Westermann de hulpverleners mee betrokken heeft en inspraak gegeven heeft in de definitieve vorm en de uiteindelijke procedure. Dit positieve oordeel heeft verder mijns inziens ook te maken met de wijze waarop in deze vormgeving ook ruimte te over blijft voor flexibiliteit en individualiteit (zie verder).

Het visueel in kaart brengen van de hulpvraag blijkt bijzonder helpend om moeilijke en complexe processen, die veel woorden vergen om ze correct en genuanceerd te vatten, toch behapbaar te maken. Maurer en Westermann (2007) zijn experts in het opdelen van complexe dingen in een veelvoud van eenvoudige vragen, zonder daarbij de complexiteit uit het oog te verliezen.

De grote meerwaarde van dit systeem is dat het adviesgesprek door Maurer en Westermann zo is ontworpen, dat het een optimaal evenwicht biedt tussen houvast en structuur enerzijds en flexibiliteit en individualiteit anderzijds. De structuur zit in de drie stappen die doorlopen worden, de thema's waarover vragen worden gesteld, de wijze van visualiseren. De flexibiliteit is gelegen in de hoeveelheid ruimte die er is om een thema al dan niet relevant te vinden of te maken en in de manier waarop er samen met het cliëntsysteem wordt gezocht naar woorden die passen bij hun perspectief.

Verder sluit de beschreven werkwijze ook erg aan bij het model 'Choice and Partnership Approach' (CAPA) van York en Kingsbury (2009). Het Londense CAPA-model, dat ook in Vlaanderen in sommige instellingen wordt gehanteerd, werkt in twee fasen. In een eerste fase vindt een 'choice'-gesprek plaats, een gesprek met een van de meest ervaren klinici uit de instelling, die heel nauw luistert naar de noden en vragen van het gezin, en samen met hen zoekt naar een aanbod dat daar zo nauw mogelijk bij aansluit. Je zou dit het soort 'dialoog-adviesgesprek' kunnen noemen dat Maurer en Westermann bepleiten. Pas in tweede in-

stantie is er sprake van een 'partnership' tussen het gezin en de hulpverlener die vervolgens daadwerkelijk met hen aan de slag gaat. Waar het CAPA-model veel ruimer is dan het Dialoogmodel, biedt het Dialoogmodel dan weer de klinische handvatten om nauw aan te sluiten bij het gezin die in het CAPA-model ontbreken.

Nicole Vliegen is klinisch psycholoog, psychoanalytisch kindertherapeut en docent klinische psychologie aan de Katholieke Universiteit te Leuven. E-mail: nicole.vliegen@ppw.kuleuven.be.

Literatuur

- Dolan, J.G. (1999). A method for evaluating health care providers' decision making. The Provider Decision Process Assessment Instrument. *Medical Decision Making*, 19, 38-41.
- Légaré, F., O'Connor, A.M., Graham, I.D., Wells, G.A., & Tremblay, S. (2006). Impact of the Ottawa Decision Support Framework on the agreement and the difference between patients' and physicians' decisional conflict. *Medical Decision Making*, 26, 373-390.
- Maurer, J., & Westermann, G. (2007). *Beter communiceren in de hulpverlening. Het Dialoogmodel als leidraad*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- O'Connor, A.M. (1995). Validation of a decisional conflict scale. *Medical Decision Making*, 5, 25-30.
- Westermann, G. (2010). *Ouders adviseren in de jeugd-GGZ. Het ontwerp van een gestructureerd adviesgesprek*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- York, A., & Kingsbury, S. (2009). *The Choice and Partnership Approach (CAPA). A guide to CAPA*. Bournemouth: Caric Press.