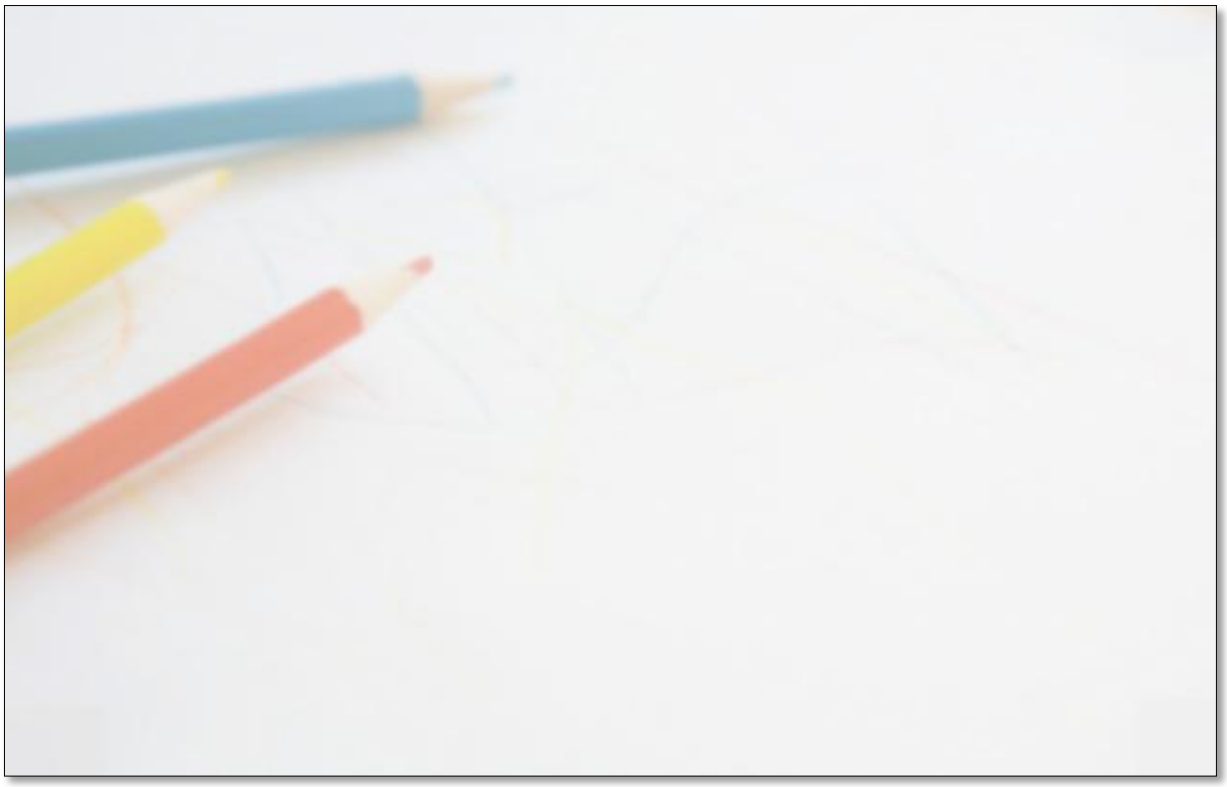
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

CTO - VOORBLAD DEELTENTAMEN

De patiënttevredenheid van kinderen en jeugdigen met een psychiatrische stoornis tijdens de beeldend therapeutische behandeling.



02 juni 2014

Opleiding: Creatieve Therapie, Beeldend

Student: Sabrina Klein Breteler, Eva Bruckhoff en Anne van der Tuijn

Studentnummers: 481774 476621 464953

Begeleider: Bert Henskens

In opdracht van Karakter, kinder- en jeugdpsychiatrie

Voorwoord

Graag willen we een aantal mensen bedanken die ons onderzoek mede mogelijk hebben gemaakt. Ten eerste willen wij Bert Henskens, onze begeleidende docent vanuit school bedanken voor zijn aandacht, steun, kritische blik, vernieuwende inzichten en enthousiasmerende houding. Wij hebben het als bijzonder ervaren dat Bert zo betrokken was bij ons onderzoeksproces binnen de instelling *Karakter.* Zo heeft hij bijvoorbeeld extra tijd vrijgemaakt om de teamvergadering van *Karakter* in Apeldoorn bij te kunnen wonen.

De onderzoeksbegeleider en direct aanspreekpunt voor het onderzoek binnen *Karakter* is Patricia van Deurzen. Zij is onderzoekster binnen *Karakter*. Wij willen haar graag bedanken voor haar informatieve gesprekken waarin ze haar kennis over onderzoek met ons heeft gedeeld. Verder willen wij Theo van Zadelhoff bedanken voor zijn enthousiasme en zijn motivatie om ons met zijn collega's binnen *Karakter* in contact te brengen en de extra aandacht en informatie met betrekking tot ons vakgebied. Spontaan heeft hij ons uitgenodigd om een workshop bij hem te komen volgen. De bereidheid om tijd voor ons vrij te maken in hun volle agenda's, hebben wij als bijzonder ervaren.

Met de hulp van alle beeldende therapeuten van *Karakter* zijn wij in staat geweest om de informatie bij elkaar te krijgen voor ons onderzoek. Wij hebben hun benadering als gastvrij ervaren, vanwege hun geïnteresseerde houding en de ruimte die er was om langs te komen in de beeldende therapieruimte. Bedankt voor deze samenwerking.

Samenvatting

Dit onderzoek bevat kwantitatieve en kwalitatieve elementen waarbij de patiënttevredenheid onder kinderen en jeugdigen in kaart wordt gebracht. Het onderzoeksresultaat komt vanuit de instelling *Karakter*. Het onderzoek is gestart in februari 2014. Vanaf januari 2013 tot maart 2014 zijn voor dit onderzoek de vragenlijsten CORS (Children Outcome Rating Scale) en CSRS (Children Session Rating Scale) ingezet bij verschillende locaties van *Karakter.* De CORS gaat in op het welbevinden van de patiënten en de CSRS gaat in op de patiënttevredenheid.
In de hoofdvraag staan de resultaten van de CSRS centraal, maar de resultaten van de CORS worden in een deelvraag meegenomen. In de andere deelvragen wordt de patiënttevredenheid aan de pathologiegroepen aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD), autismespectrum stoornis (ASS) en de dysthyme stoornis gekoppeld. Uiteindelijk worden de algemene resultaten van de CORS en de CSRS met elkaar vergeleken.

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in hoe de patiententevredenheid is tijdens de beeldend therapeutische behandeling, met als uiteindelijke doel deze vorm van zorg te verbeteren.

De vraag die we gaan beantwoorden in dit onderzoek luidt als volgt;
Hoe verloopt de patiënttevredenheid van kinderen en jeugdigen met een psychiatrische stoornis tijdens de beeldend therapeutische behandeling?

De resultaten van de CSRS laten in dit onderzoek een gemiddelde score van 8,6 zien. Alle participanten hebben deze score ingevuld. Er kan een minimale score van 1 bereikt worden en een maximale score van 10. Uit de gemiddelde score kan geconcludeerd worden, dat de patiënten over het algemeen zeer tevreden zijn over de beeldende therapie.

Op het aspect welbevinden wordt er over het algemeen lager gescoord. De gemiddelde score van alle patiënten is hier een 6,7. Omdat deze lijst voorafgaand aan de sessie ingevuld wordt, kan geconcludeerd worden dat er te veel beïnvloedbare factoren een rol kunnen spelen (denk aan eerdere therapieën, of een gebeurtenis thuis).

De uitkomsten zijn erg belovend. De score van de CSRS toont aan dat de patiënten in de kinder- en jeugdpsychiatrie zeer tevreden zijn over de beeldend therapeutische behandeling. De resultaten leveren de basis voor een vervolgonderzoek, waarbij de patiënttevredenheid onder een groter aantal patiënten en over een langere duur onderzocht zouden kunnen worden. Dit zou de resultaten bekrachtigen.

Inhoudsopgave

Voorwoord 2
Samenvatting 3
Inhoudsopgave 4

1. Inleiding
1.1 Inleiding 5
1.2 Aanleiding 6
1.3 Probleemstelling 6
1.4 Doelstelling 6
1.5 Vraagstelling 7
1.6 Deelvragen 7
1.7 Hypotheses 7

2. Methode
2.1 Onderzoeksdesign 8
2.2 Praktisch 8
2.3 Deelnemers en setting 9
2.4 De meetinstrumenten 9
2.5 Hantering van de meetinstrumenten binnen *Karakter* 12
2.6 Databronnen 12
2.7 Dataverzamelingstechnieken 13
2.8 Analysemethode 13
2.9 Bias 14
2.10 Study Size 14
2.11 Kwantitatieve variabelen 15

3. Resultaten
3.1 Beschrijvende gegevens 15
3.2 Outcome data en grafieken 17
3.2.1 Deelvraag 1 18
3.2.2 Deelvraag 2 21
3.2.3 Deelvraag 3 24
3.2.4 Algemene resultaten 26
3.2.5 Patiënttevredenheid en het welbevinden 28

4. Conclusie en discussie
4.1 Conclusie per deelvraag 30
4.1.1 Deelvraag 1 30
4.1.2 Deelvraag 2 31
4.1.3 Deelvraag 3 31
4.1.4 Vergelijking van de patiënttevredenheid en het welbevinden 31
4.1.5 Algemene Conclusie 32
4.2 Discussie 33
4.3 Aanbevelingen 34

5. Literatuurlijst 36
6. Bijlagen
Bijlage 1: verdeling 39
Bijlage 2: resultaten en conclusie dysthyme stoornis 40
Bijlage 3: vragenlijst met betrekking tot de ORS en SRS 44
Bijlage 4: De ORS, CORS, SRS en CSRS 46

Inleiding

1.1 Inleiding van het onderzoek:

Dit is een praktijkgericht onderzoek, dat is geschreven in het kader van de opleiding creatieve therapie-beeldend, aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen, te Nijmegen. Het onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met *Karakter*, een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie. De vraag vanuit *Karakter* is om de patiënttevredenheid bij kinderen en jeugdigen in kaart te brengen, die tijdens hun behandeling beeldende therapie hebben gevolgd. Bij deze groep is het welbevinden en de patiënttevredenheid gemeten, in de periode van januari 2013 – maart 2014. We hebben gebruik gemaakt van de meetinstrumenten 'CSRS' en de 'CORS'.

Van origine komt de Session Rating Scale (SRS) van Duncan en Miller voort uit een vragenlijst die in 1995 is ontwikkeld door Johnson. Voor de SRS hebben Duncan en Miller in 2000 de tien schalen gereduceerd tot vier schalen (Campbell & Hemsley, 2009). In hetzelfde jaar hebben zij ook de Outcome Rating Scale (ORS) ontwikkeld (Duncan, Sparks, Miller, Bohanske & Cloud, 2006; Campbell & Hemsley, 2009). De CORS is in 2003 voor kinderen tussen 6 en 12 jaar door Duncan, Miller en Sparks ontwikkeld. De CORS wordt vooraf aan elke sessie afgenomen en meet het welbevinden van de patiënt met betrekking tot zijn of haar persoonlijke leven. De CSRS wordt na elke sessie afgenomen en meet de patiënttevredenheid met betrekking tot de therapeutische relatie en het therapeutische aanbod. De Nederlandse vertaling werd in 2006 door Hafkenscheidt gepubliceerd.

1.2 Aanleiding en relevantie van het onderzoek:

Tegenwoordig zijn zorgverzekeraars op zoek naar mogelijkheden om kosten te reduceren. Vanaf 1 januari 2015 wordt met de nieuwe wet op de Jeugdzorg, die in februari 2014 door de Eerste Kamer is aangenomen, de zorg van verzekeraars naar de gemeenten overgeheveld (Zorgbelang Gelderland, 2013). Hierdoor wordt er enkel nog naar onderbouwde specifieke behandelingen verwezen en er wordt naar gestreefd om alleen nog evidence based[1] zorgprogramma's aan te bieden.

Beeldende therapie wordt als onderdeel van deze specifieke behandelingen niet genoemd, omdat het nog niet is opgenomen in de "Databank Effectieve Jeugdinterventies" van het Nederlandse Jeugd Instituut (NJI) en hiermee nog niet erkend wordt als effectieve jeugdinterventie (Moonen, 2013; NJI, 2014). Hiervoor is het als effectief zorgaanbod nog niet voldoende onderzocht en bewezen.

In de toekomst mag de zorg zo kort mogelijk duren en zo licht mogelijk zijn (Rijksoverheid, 2013). Hierdoor verdwijnen therapieën en banen. Volgens de Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen (2011) is dit tekort aan zorg zowel een nadeel voor de patiënten als ook voor de therapeuten. Voor hen is het belangrijk om de zorg te waarborgen en in stand te houden (FVB, 2011). Dit is ook een intern belang van *Karakter*. Daarom werkt de instelling met de vragenlijsten (CORS en CSRS), die ingaan op hoe de therapie door patiënten wordt ervaren. Door het inzichtelijk maken van de patiënttevredenheid en de feedback van de patiënten te gebruiken, is *Karakter* in staat om continu te reflecteren op de behandeling. Hierdoor kan het therapieaanbod en de patiënt-therapeut alliantie blijvend ontwikkeld en kwalitatief verbeterd worden.

Door de behaalde resultaten goed in kaart te brengen, geeft dit onderzoek de kans om beeldende therapie als een effectief zorgaanbod aan te tonen. Omdat de CSRS door de patiënt zelf ingevuld wordt, kan er beter op diens wensen en belangen ingegaan worden. Hieruit volgt, dat de therapie ook bij een bepaalde pathologiegroep als effectieve interventie aangetoond zou kunnen worden. Er is een grotere kans dat beeldende therapie als dergelijke wordt aangenomen, wanneer dit onderzoek bij het NJI aangeleverd wordt.

1.3 Probleemstelling

De CORS en de CSRS liggen op de locaties van *Karakter*, waar de beeldende therapeuten werkzaam zijn. Ze zijn nog niet verzameld en geïnventariseerd, waardoor er nog geen inzicht is in de patiënttevredenheid. Hierdoor kan er geen reflectie op de behandeling plaatsvinden om een mogelijke kwalitatieve verbetering te bereiken. Dit zou wenselijk zijn om beeldende therapie als effectief zorgaanbod aan te kunnen tonen.

1.4 Doelstelling van het onderzoek

Het doel van dit praktijkonderzoek is, inzicht krijgen in hoe de patiënttevredenheid is tijdens het behandelaanbod 'beeldende therapie'.

1. Evidence Based Practice betekent dat beslissingen voor individuele patiënten worden gemaakt op basis van het beste recente bewijsmateriaal. Het bewijsmateriaal bestaat uit de klinische expertise, bewijs vanuit systematisch onderzoek en de waarde en voorkeur van de patiënten (VAR Limburg, z.d.)

1.5 Vraagstelling:

Hoe verloopt de patiënttevredenheid van kinderen en jeugdigen met een psychiatrische stoornis tijdens de beeldend therapeutische behandeling?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, wordt er ingegaan op onderstaande deelvragen.

1.6 Deelvragen:

1. Vinden de patiënten dat er door de therapeut geluisterd is, gedurende de beeldend therapeutische behandeling?
2. Vinden de patiënten het belangrijk wat er is gedaan, gedurende de beeldend therapeutische behandeling?
3. Vinden de patiënten het fijn wat er is gedaan, gedurende de beeldend therapeutische behandeling?
4. Is psychopathologie van de patiënt van invloed op deze drie aspecten van patiënttevredenheid?
5. Hangt de patiënttevredenheid samen met het welbevinden van de patiënt?

1.7 Hypotheses

1. De onderzoekers verwachten dat patiënten hoog scoren met betrekking tot hoe er geluisterd is. Dit omdat beeldende therapie het kind uitnodigt om op een andere manier te communiceren, namelijk via het beeldende materiaal. Door een speelse manier kan de therapeut ingaan op de belevingswereld van het kind, waardoor het kind zich veilig en gehoord voelt (Ryan, 2011). Uit eerder tevredenheidonderzoek binnen beeldende therapie van Rika Bandstra (2010) is gebleken dat patiënten hoog scoren op de vertrouwensband met de therapeut. Er werd met een percentage van 90,7% hoog gescoord op een respectvolle omgang met de patiënt. Respect wordt door Delfos (2008) als belangrijk onderdeel van een goed gesprek genoemd. Ook in de patiëntgerichte therapie van Carl Rogers (1951) kom dit begrip terug.
2. De onderzoekers verwachten dat de patiënten relatief hoog scoren met betrekking tot het belang van wat er tijdens de behandeling is gedaan. In een eerder onderzoek van Boon, Boer en Ravestijn (2012) scoorden jongeren (van 13-19 jaar) met ernstige gedragsproblemen en psychiatrische problematiek tussen een 7,6 en 8,7 op het belang van wat er in de therapie behandeld is. Dit is een lagere score ten opzichte van de overige vragen van de CSRS (Boon, Boer & Ravestijn).
3. De onderzoekers verwachten dat de patiënten de beeldend therapeutische behandeling als fijn ervaren en dus een hoge score invullen. In een eerder onderzoek benoemt Ryan (2011) dat beeldend werken tot de natuurlijke manier van communicatie, expressie en interactie van kinderen behoort, wat deze hypothese versterkt.
4. De onderzoekers verwachten dat kinderen met ADHD meer fluctuatie laten zien, dan kinderen met ASS en dysthyme stoornis. In een onderzoek van Mijwaart (2010) worden concentratieproblemen en overbeweeglijkheid genoemd bij mensen met ADHD, met als gevolg onvoldoende betrokkenheid bij bepaalde situaties. Terugkijken op eerdere situaties is voor hen hierdoor moeilijk. Hierdoor kunnen extreme scores in de vragenlijsten voorkomen. Typerend voor een dystyme stoornis is een lange periode waarin de patiënten de meeste dagen last hebben van een depressieve stemming. Symptomen zijn onder andere moeheid, weinig energie en een gering gevoel van eigenwaarde (Molen, H.T. van der, 2010). Hierdoor nemen wij aan dat de score over het algemeen constant zal verlopen.

5. De onderzoekers verwachten samenhang tussen de patiënttevredenheid en het welbevinden van de patiënt. In het onderzoek van Hafkenscheid, Duncan en Miller, laat de Nederlandstalige SRS en de ORS gemiddeld een correlatie zien van 0,28 (Pearson's r^2), uit tien metingen. Hoewel deze scores een correlatie laten zien, laten de patiënten ook een duidelijk verschil zien tussen hun welbevinden en hun visie op de therapeutische alliantie (Hafkenscheid, Duncan, Miller, 2010). Aan de hand van deze informatie verwachten de onderzoekers een samenhang tussen het welbevinden van de patiënt en de therapeutische alliantie, maar dat de correlatie niet extreem hoog zal zijn.

Methoden

2.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoek heeft een kwalitatieve aard, met kwantitatieve elementen (Uhlig, februari 2014). Zo worden de resultaten over de patiënttevredenheid (vanuit de CSRS) kwantitatief uitgedrukt in hoeveelheden, maar heeft de rest van het onderzoek een kwalitatief karakter. Het onderzoekstype is een inventarisatieonderzoek, waarbij de patiënttevredenheid in kaart wordt gebracht (Uhlig, februari 2014). Deze wordt vervolgens beschreven en geanalyseerd. Het doel van een inventariserend onderzoek is om de (on)tevredenheid zichtbaar te maken en uiteindelijk de behandeling te kunnen onderbouwen, gericht te kunnen handelen en de behandeling te kunnen optimaliseren (Migchelbrink, 2008).

Het onderzoek is tevens een cohortstudie. Bij dit soort onderzoek wordt een populatie over een bepaalde tijd gevolgd. Er wordt doormiddel van variabelen vastgelegde patiëntinformatie in het begin van de meting verzameld. Na een bepaalde tijd vindt een eindmeting plaats. Hierdoor kan er iets gezegd worden over het voorkomen, de frequentie en het verloop van een resultaat. Het type cohort waar de onderzoekers mee werken is open. Dat betekent dat er geen vaste start en einddatum is vastgelegd. De in –en uitloop van patiënten verschilt en patiënten krijgen niet hetzelfde aantal sessies (Broucke, et al., 2007).

2.2 Praktisch

Begin februari hebben de onderzoekers zich verdiept in de vragenlijsten (CSRS en CORS), die binnen *Karakter* worden gebruikt. Na telefoon- en mailcontact hebben zij halverwege februari kennis gemaakt met de onderzoeksbegeleider en een week later met een beeldend therapeut die werkzaam is binnen *Karakter*. De onderzoekers hebben de beeldend therapeuten van *Karakter* geïnformeerd over het onderzoek en hebben hen gevraagd om hun medewerking. Naar aanleiding van het eerste gesprek tussen de onderzoekers en de onderzoeksbegeleider is de verwachting gesteld, dat de data van alle vaktherapeuten binnen *Karakter,* vragenlijsten zou opleveren van circa 200 patiënten. Deze vragenlijsten zouden aangeleverd worden door psychomotorische- en beeldende therapeuten. Na aanleiding van dit gesprek, de wensen van school en de beschikbare tijd, is gekozen om het onderzoek enkel te richten op de beeldend therapeuten binnen *Karakter*. In maart is het verzamelen van de data definitief begonnen. De onderzoekers hebben datagegevens ontvangen vanuit de locaties Zetten, Almelo, Arnhem en Ede. Halverwege de maand maart is de richting van het onderzoek bepaald, zijn er deelvragen gemaakt en zijn er ontbrekende gegevens opgevraagd bij de beeldend therapeuten. De onderzoekers hebben verschillende afspraken gemaakt met betrekking tot de data. Alle analoge data zijn bewaard en gemeten op de locatie van *Karakter,* te Nijmegen. De digitale data is in eerste instantie naar de onderzoeksbegeleider gestuurd.

2.'Pearsons r' is een correlatiecoëfficiënt, wat een maat is voor de sterkte van de lineaire samenhang tussen *X* en *Y*. De waarde van de samenhang kan variëren van -1 tot 1.

In april is er voor ons een e-mailaccount van *Karakter* beschikbaar gesteld. Dit om alle gegevens binnen het *Karakter*-netwerk te houden. De verkregen informatie van de vaktherapeuten, met daarin persoonlijke gegevens van de patiënten of antwoorden op vragen van de onderzoekers, is naar dat e-mailaccount gestuurd.

Begin april is er een teamvergadering onder de vaktherapeuten geweest. In deze maand zijn formele aspecten aan bod gekomen, zoals een geheimhoudingsverklaring en instemmingverklaring met betrekking tot de gedragscode binnen *Karakter*.

Half april zijn de datagegevens ingevoerd in *Excel* en eind april zijn de eerste uitkomsten van de grafieken bekeken. Gedurende de maand mei is er tijd besteed aan het schrijven van het onderzoeksverslag.

2.3 Deelnemers en setting

Karakter is een psychiatrische instelling voor kinderen en jeugdigen, met 13 locaties te Almelo, Apeldoorn, Arnhem, Ede, Enschede, Hengelo, Horst, Nijmegen, Nijverdal, Oosterbeek, Tiel, Zetten en Zwolle. *Karakter* is een instelling die kinderen met een complexe psychiatrische ziekte, en hun gezinnen helpt door middel van specialistische behandelingen. *Karakter* valt onder de K7, een samenwerkingsverband van zeven kinder- en jeugdcentra. Hieronder vallen de instellingen; Accare, De Bascule, Curium LUMC, De Jutters, *Karakter*, Triversum en Yulius (Raden van Bestuur K7, 2012).

Zoals eerder genoemd zijn er binnen *Karakter* zes beeldende therapeuten werkzaam, waarvan er drie therapeuten zijn die hun patiënten de CORS en de CSRS hebben laten invullen. Het onderzoek is uitgevoerd onder 23 (ex-) patiënten in de periode van januari 2013- maart 2014, die binnen *Karakter* beeldende therapie hebben gevolgd. Deze patiënten hebben een leeftijd tussen de 9 en 17 jaar. De gediagnosticeerde stoornissen variëren per patiënt. De patiënten die aan ons onderzoek hebben meegedaan, kampen met ten minste één van de volgende pathologieën; angststoornis, aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD), dysthyme stoornis, reactieve hechtingsstoornis (RHS), posttraumatische stressstoornis (PTSS), dissociatieve stoornis, persoonlijkheidsproblematiek, meervoudige complexe ontwikkelingsstoornis (MCDD) of een autismespectrum stoornis (ASS). Een comorbiditeit van deze stoornissen is mogelijk (zie 2.10 Study Size, bladzijde 14). Daarnaast kunnen er gedragsproblemen, rouwverwerking en ouder- kind relatieproblemen aanwezig zijn.

2.4 Meetinstrumenten:

ROM (Routine Outcome Monitoring)

ROM is een systeem waarbij de behandeling van de patiënt wordt gevolgd door middel van één of meer meetinstrumenten. Vooraf en/of achteraf wordt de behandeling gemeten om deze inzichtelijk te maken. Dit met als doel om de patiënt en de therapeut te ondersteunen en de behandeling te versterken in kwaliteit (Hafkenscheid, 2010). Lambert en collega's zeggen dat tweemaal zoveel patiënten beter functioneren wanneer er feedback gegeven wordt over de behandelresultaten, dit in vergelijking met een controlegroep, waarin geen feedback wordt gegeven. De verklaring hiervan is dat de patiënten het gevoel hebben dat er rekening met hen wordt gehouden. Een ander positief punt van ROM is dat hulpverleners sneller in actie kunnen komen, wanneer zij zien dat de behandeling mis gaat (Baert, 2012). Er zijn verschillende meetinstrumenten die gebruikt worden om ROM in te zetten. De ORS en de SRS zijn daar twee van (Hafkenscheid, 2010). Deze vragenlijsten zijn bij *Karakter* ingezet.

ORS en de SRS

De monitorinstrumenten ORS en SRS zijn ontwikkeld door de psychologen Duncan en Miller. De ORS gaat in op hoe de patiënt zijn persoonlijk leven buiten de therapie ervaart, terwijl de SRS de kwaliteit van het behandelcontact tussen de patiënt en de therapeut meet. Beide instrumenten omvatten enkel vier vragen, waardoor het mogelijk is om de lijsten tijdens elke therapiezitting in te vullen. Er wordt aan de patiënt gevraagd om bij elke vraag een kruisje te zetten op een lijn van 10 centimeter. Hoe meer het kruisje zich aan de linkerkant bevindt, hoe ontevredener de patiënt is over zijn persoonlijk leven of in het geval van de SRS, over het behandelcontact. Een kruisje aan de rechterkant betekent een hoge tevredenheid (Hafkenscheid, 2010).

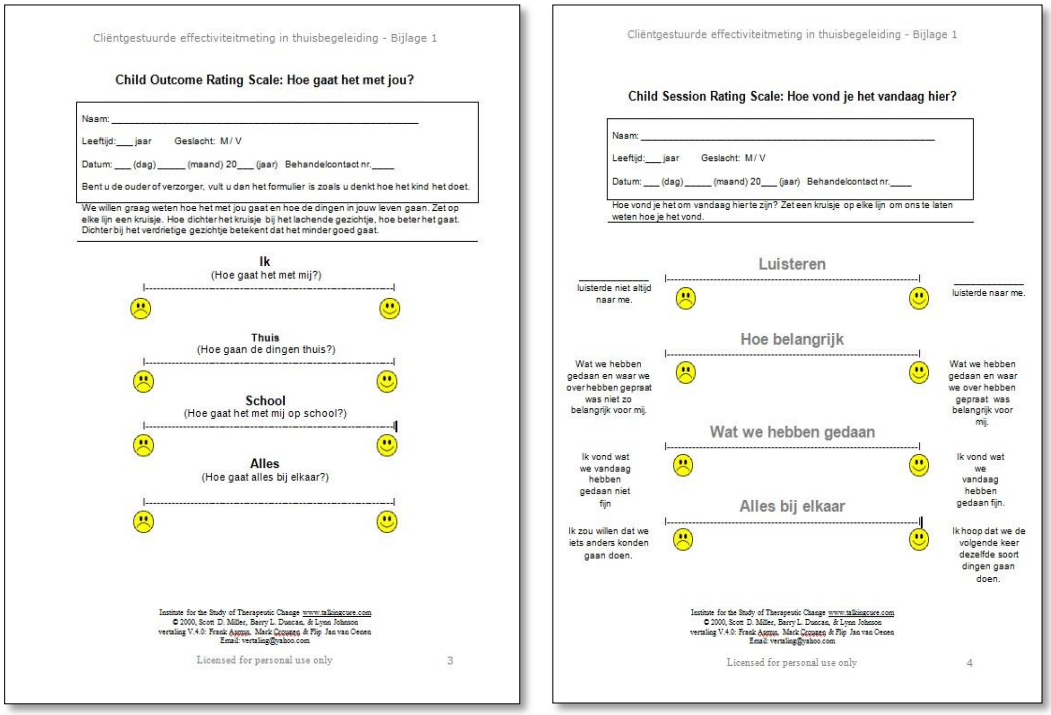
De ORS beoogt antwoord te krijgen op volgende vier levensgebieden:

1) Het individuele welbevinden;
2) Inter-persoonlijk (contacten thuis, mensen die dichtbij staan);
3) Sociaal (werk, opleiding, sociale contacten);
4) De algehele bevinding over het leven buiten de therapie.

De SRS vraagt de patiënt om een oordeel te geven over de therapeutische alliantie, door middel van de volgende aspecten:

1) De band met de therapeut (relatie/contact);
2) Doelen en onderwerpen;
3) Aanpak en werkwijze;
4) Het algehele oordeel over de kwaliteit van de therapiesessie.

De CORS en de CSRS gaan in op dezelfde punten als de ORS en de SRS. Het verschil tussen deze vragenlijsten is, dat de CORS en de CSRS zijn aangepast voor kinderen (tot en met de leeftijd van twaalf jaar). Dit uit zich in het taalgebruik en het gebruik van pictogrammen (smiley's).


Cliëntgestuurde effectiviteitmeting in thuisbegeleiding - Bijlage 1

Child Outcome Rating Scale: Hoe gaat het met jou?

Naam: _____

Leeftijd: ___ jaar Geslacht: M / V

Datum: ___ (dag) _____ (maand) 20___ (jaar) Behandelcontact nr. ____

Bent u de ouder of verzorger, vult u dan het formulier is zoals u denkt hoe het kind het doet.

We willen graag weten hoe het met jou gaat en hoe de dingen in jouw leven gaan. Zet op elke lijn een kruisje. Hoe dichter het kruisje bij het lachende gezichtje, hoe beter het gaat. Dichter bij het verdrietige gezichtje betekent dat het minder goed gaat.

Ik
(Hoe gaat het met mij?)

Thuis
(Hoe gaan de dingen thuis?)

School
(Hoe gaat het met mij op school?)

Alles
(Hoe gaat alles bij elkaar?)

Institute for the Study of Therapeutic Change www.talkingcure.com
© 2000, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson
vertaling V.4.0: Frank Aarnus, Mark Crouzen & Flip Jan van Oenen
Email: vertaling@yahoo.com

Licensed for personal use only 3

Cliëntgestuurde effectiviteitmeting in thuisbegeleiding - Bijlage 1

Child Session Rating Scale: Hoe vond je het vandaag hier?

Naam: _____

Leeftijd: ___ jaar Geslacht: M / V

Datum: ___ (dag) _____ (maand) 20___ (jaar) Behandelcontact nr. ____

Hoe vond je het om vandaag hier te zijn? Zet een kruisje op elke lijn om ons te laten weten hoe je het vond.

Luisteren

luisterde niet altijd naar me.

luisterde naar me.

Hoe belangrijk

Wat we hebben gedaan en waar we over hebben gepraat was niet zo belangrijk voor mij.

Wat we hebben gedaan en waar we over hebben gepraat was belangrijk voor mij.

Wat we hebben gedaan

Ik vond wat we vandaag hebben gedaan niet fijn

Ik vond wat we vandaag hebben gedaan fijn.

Alles bij elkaar

Ik zou willen dat we iets anders konden gaan doen.

Ik hoop dat we de volgende keer dezelfde soort dingen gaan doen.

Institute for the Study of Therapeutic Change www.talkingcure.com
© 2000, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson
vertaling V.4.0: Frank Aarnus, Mark Crouzen & Flip Jan van Oenen
Email: vertaling@yahoo.com

Licensed for personal use only 4

Figuur 1. CORS & CSRS

Voordelen CSRS en SRS:

- "Beide lijsten zijn door hun compactheid in zeer korte tijd in te vullen en kunnen daardoor gemakkelijk voor het begin en aan het eind van de sessie door de patiënt ingevuld worden" (Boon, Boer & Ravestijn, 2012).
- 'De Nederlandse ORS en SRS bleken uitermate homogeen. Volgens Hafkenscheid mag dit worden opgevat als indicatie voor de betrouwbaarheid van beide instrumenten (2010)'. Boon, Boer en Ravenstein (2012) geven echter ook een mogelijk nadeel aan (zie hieronder bij 'nadelen CSRS en SRS).
- De ORS en de SRS zijn bedoeld als klinische meetinstrumenten om dieper in te gaan op de alliantie, het bijhouden van veranderingen en om de behandeling meer te individualiseren. Met het integreren van de feedback van de patiënt, wordt niet alleen de effectiviteit gemeten/bijgehouden (American Counseling Association, 2005; American Mental Health Counselors Association, 2010; Shaw & Murray, 2014), maar helpt het de patiënt ook om zijn/haar ervaring te delen met betrekking tot de richting en effectiviteit van de behandeling (Shaw & Murray, 2014).
- 'Naast de patiënt te vragen om de vorderingen te beoordelen, wordt hen ook gevraagd hoe zij de therapeutische alliantie ervaren, wat de behandeling versterkt' (Boon, Boer & Ravestijn, 2012; Duncan en Miller).
- Het bespreken van de uitkomsten van de SRS kan bijdragen aan probleembesef, zelfinzicht en motivatie voor behandeling (Boon, Boer & Ravestijn, 2012).

Vanuit de klinische expertise binnen karakter (therapeut 1, 2 en 3):

- Therapeut 3 geeft aan dat de patiënten een gevoel van invloed hebben op het slagen van de therapie, wat hen motiveert.
- Therapeut 1 zegt dat er gedurende de therapiesessies een beeld wordt gevormd van de beleving en de ervaring van de patiënten.
- Therapeut 2 laat weten aanknopingspunten te hebben met betrekking tot de vier vragen van de CSRS en meer inzicht te krijgen hoe het met de patiënt gaat.

Nadelen CSRS en SRS:

- De therapeutische relatie is in de vragenlijst gereduceerd tot 4 vragen. 'Een risico is dat de therapeut de kwantitatieve data als uitgangspunt neemt' (Shaw & Murray, 2014). Volgens Crouzen (2010) zegt een hoge score weinig en wordt een hoge slagingskans juist behaald, wanneer de therapeut in eerste instantie negatieve feedback ontvangt en deze feedback gedurende de behandeling verbetert.
- Een risico is ook dat de ORS en de SRS in haast worden afgenomen, door tijdsgebrek in een sessie. Hierdoor valt het nut/de waarde van de vragenlijst(namelijk het dieper ingaan op bepaalde aspecten) weg (Shaw & Murray, 2014).
- De naam '*Outcome rating scale*' wijst op een uitkomst, wat verwarring schept aangezien de lijst aan het begin van de sessie wordt afgenomen. De naam suggereert een direct verband tussen de behandeling en de score van de lijst. 'Welbevinden' of 'kwaliteit van leven' zou beter passen (Boon, Boer & Ravestijn, 2012).
- De onderzoekers van dit onderzoek suggereren dat de vragen van de CSRS wat algemeen geformuleerd zijn voor de vaktherapeutische sessies. De vragen zijn vooral gericht op gesprekken, terwijl de kracht van vaktherapie bij het ervaren ligt.

- Een hoge correlatie wijst vaak op betrouwbaarheid. Het wordt niet uitgesloten dat de hoge samenhang een gevolg is van het feit dat de lijsten dezelfde vorm hebben en dat daardoor een zekere antwoordtendens gestimuleerd wordt. (Boon, Boer &Ravestijn, 2012). Ook Hafkenscheid (2010) benoemd dat de ORS en SRS onderhevig kunnen zijn aan antwoordstijlen. Hiermee wordt bedoeld dat patiënten de neiging kunnen hebben om de instrumenten altijd op dezelfde manier in te vullen, ongeacht wat er zich in hun leven buiten of binnen de therapie voltrekt.

Vanuit de klinische expertise binnen Karakter (therapeut 1, 2 en 3):

- Therapeut 1 zegt dat de vragenlijsten niet door ieder kind ingevuld kunnen worden. Een te jonge leeftijd en intelligentieniveau, zouden het invullen van de vragenlijsten kunnen bemoeilijken.
- Therapeut 3 benoemt persoonlijkheidsproblematiek, autisme en trauma als factoren die het invullen van de vragenlijsten zouden kunnen bemoeilijken.
- Therapeut 1 geeft aan dat de vragen verschillend geïnterpreteerd kunnen worden. Volgens de therapeut wordt “Hoe gaat het thuis”, door kinderen op de kliniek, geïnterpreteerd als “hoe gaat het op de groep”.

2.5 Hantering van de meetinstrumenten binnen Karakter

Kennismaking met de CORS en de CSRS

De drie therapeuten die mee hebben gewerkt aan ons onderzoek, hebben verschillend van elkaar kennis gemaakt met de CORS en de CSRS. Twee van de drie therapeuten hebben een training gehad, beide door verschillende personen. Eén van de twee heeft daarnaast ook een handleiding gekregen. Tijdens de training hebben zij informatie en uitleg gekregen, en hebben zij geoefend met de vragenlijsten, door deze zelf in te vullen. De derde therapeut heeft geen training gehad, maar geeft aan hierover te hebben gesproken in een vakgroep bijeenkomst.

Gebruik van de CORS en de CSRS

Alle therapeuten nemen tijdens de sessies kort de tijd voor het invullen van de vragenlijsten. Echter wanneer er opvallende uitkomsten zijn, worden deze nabesproken en wordt er dus meer tijd voor genomen. Wel wordt er aangegeven dat het nadeel hiervan is, dat het van de therapietijd afgaat. Tweederde van de therapeuten vinden het feit dat het beeldende medium niet in de vragenlijst verwerkt is, geen gemis. De derde therapeut vindt het wel een gemis, maar noemt het gebrek aan beeldende specificatie ook een voordeel, omdat het de vragenlijsten universeel maakt. Alle drie de therapeuten zijn tevreden over de CORS en de CSRS, en vinden het een waardevol instrument. Voor het gebruik van deze lijsten zet een enkele therapeut ander schrijfmateriaal neer, om de patiënten te motiveren.

Op bladzijde 33 hebben wij deze informatie meegenomen in de aanbeveling, met als doel de uitkomsten voor een mogelijk vervolgonderzoek zo zuiver mogelijk te maken.

2.6 Databronnen

De volgende databronnen komen in het onderzoek aan bod:

Literatuuronderzoek:

- Boeken
- Artikelen
- Scripties

Documenten:
- Vragenlijsten (CORS en CSRS)

Observaties/Interviews:
- Vragenlijsten voor de therapeuten
- Mailcontact met de therapeuten

2.7 Dataverzamelingstechnieken

In het begin van het onderzoek hebben de onderzoekers zich door middel van literatuuronderzoek verdiept in de CORS en de CSRS, waarmee de patiënttevredenheid in kaart is gebracht. Nadat de data is opgehaald, zijn deze in een *Excel*-bestand gezet om, het vervolgens in een grafiek aanschouwelijk te maken en te analyseren. De onderzoekers hebben literatuuronderzoek gedaan, door gebruik te maken van boeken en elektronische bestanden. Te denken valt aan digitale databanken zoals HAN-Quest, HBO-kennisbank, Web of Science, Google-Scholar, maar ook websites. Er is bepaald dat de literatuur zo recent mogelijk moet zijn (tussen 2004 en 2014). Verder hebben de onderzoekers mailcontact gehad met de therapeuten van de verschillende locaties binnen *Karakter*.

De onderzoekers hebben een vragenlijst gemaild, om te achterhalen op welke manier de CSRS en CORS ingevuld zijn en wat de ervaring van de therapeuten is met betrekking op het gebruik van de vragenlijsten. De vragenlijst is naar alle beeldende therapeuten gestuurd (ook naar de therapeuten die geen gebruik maken van de CSRS). De vragen gaan in op de kennismaking met de vragenlijsten, de manier van het afnemen en mogelijke factoren (zoals rituelen of nabespreking) die eraan verbonden zijn (zie bijlage 3, p. 43).

2.8 Analysemethode

Zoals eerder beschreven is de database gemaakt in *Excel*. De database hebben we geordend op onderstaande punten;

- Patiënt ID
- Behandelaar ID
- Geslacht
- Leeftijd
- Pathologie
- SRS sessie 1 t/m 19

pt id	beh id	0/1	leeftijd	pathologie	SRS 1.1	SRS 1.2	SRS 1.3	SRS 1.4	SRS 2.1	SRS 2.2	SRS 2.3
1	1	1	16	PDD NAO type MCDD	8,3	9,7	9,8	7,3	9,7	9,6	9,9
2	1	1	15	PTSS, react. Hechtingsst.	8,8	9	8,4	5,9	9,3	9,5	9,5
3	1	0	14	Dysthyme stoornis, ouder-kind relatieproblemen	8,1	4,7	4,8	2,1	10	6,8	5
4	1	1	15	Dissociatieve stoornis NAO, gedragsstoornis	9,5	9,7	10	10	8,2	7	9,7
5	1	1	15	Dysthyme stoornis, PDD NOS, ouder-kind relatieproblemen, ADHD gec. Type	10	10	9,9	9,9	10	6,2	10
6	1	1	17	PDD NAO type MCDD	9,4	9,8	9,4	9,7	9,9	9,9	9,9
7	2	0	10	ASS MCDD	8,2	8,1	10	9,5	9,4	8	10
8	2	0	11	ADHD	7	8	10	10	10	10	10
9	2	0	12	dysthyme stoornis, PDD-NOS	9	10	10	10	10	10	10
10	2	0	10	ADHD, angststoornis, sociaal-emotionele ontwikkelingsachterstand	9	10	10	10	10	10	10
11	2	0	9	ADHD, dysthyme stoornis, hechtingsproblematiek	4	10	10	8	7	8	9
12	2	0	9	gedragsproblemen, ADHD, ASS, ouder -kind relatieproblemen	7	8	8	8	9	6	10
13	2	1	10	ASS MCDD	9	5	10	10	10	6	10
14	2	0	14	gedragsproblemen, ADHD	10	8	10	8	10	8	10
15	3	1	16	Persoonlijkheidsproblematiek	9	5,1	8,8	7,8	5	5,9	7,1
16	3	1	16	Pers.p	5,8	2,9	3,4	4,1	9,4	9,6	8,1
17	3	0	16	ASS	9,4	7,4	9	8,7	9,2	7,4	9
18	3	1	9	ASS	7,5	6	9	9,1	4,6	6,8	7,6
19	3	1	13	rouwververwerking, gedragsproblemen	9,3	9,5	9,7	9,6	9,8	9,7	9,6
20	3	1	16	ASS	9	6,1	9,2	7,8	8,7	8,6	8,7
21	3	1	15	gedragsproblemen, hechtingsproblematiek	6,5	4,5	4	5,9	8,2	8,2	8,1

Figuur 2. De database; in de afbeelding sessie 1 en 2, met de CSRS vragen 1 t/m 4.

De onderzoekers hebben zowel de patiënten als de behandelaars geanonimiseerd door hen te nummeren. De database hebben we verdeeld in een algemene meting ("wat hebben de kinderen over het algemeen gescoord over de behandeling beeldende therapie") en we hebben de data verdeeld per deelvraag met daarbij de verschillende problematieken.

2.9 Bias

De onderzoekers hebben het vermoeden dat kinderen met autisme moeite zullen hebben met het invullen van de vragenlijsten door een mogelijke beperking op het reflecterend vermogen. Breetvelt (2005) noemt de verstoring van het zelfreflecterend vermogen als een mogelijke eigenschap voor mensen met Autisme. Ook therapeut3 zegt dat het zelfreflecterend vermogen meestal niet voldoende is bij kinderen met autisme, waardoor het invullen van vragenlijsten moeilijk kan zijn.

Asselbergs (2013) zegt dat problemen met aandacht en concentratie, en problemen van het controleren van impulsen karakteristiek zijn voor kinderen met ADHD. De onderzoekers verwachten daardoor dat kinderen met ADHD mogelijk moeite zullen hebben met het invullen van de vragenlijsten, wat betreft het nemen van rust en tijd hiervoor. Zij verwachten dat de betrouwbaarheid van de score bij deze doelgroep daardoor wellicht kleiner is.

Ook verwachten de onderzoekers dat de term 'belangrijk' in deelvraag twee, verward wordt met de term 'leuk'.

De onderzoekers zijn zich bewust van deze vooroordelen en willen deze zoveel als mogelijk loskoppelen van het verslag. Een objectief verslag, zonder interne invloeden is hun streven.

2.10 Study size

3 Tot 5% van de kinderen tot 16 jaar in Nederland hebben last van ADHD. Dit zijn 60.000 tot 100.000 kinderen, waarvan er 40.000 worden behandeld (GGZCentraal, 2010).

6 Tot 10 kinderen per 1000 in Nederland hebben een autismespectrum stoornis (Trimbos-instituut, 2010).

1,7% Van de kinderen en 8% van de adolescenten in Nederland hebben last van dysthymie.

Het onderzoek omvat een analyse en resultaten van 21 patiënten die één van de bovengenoemde stoornissen hebben. Het aantal patiënten binnen *Karakter* die de CSRS gedurende de periode van januari 2013 tot april 2014 hebben ingevuld, zijn bepalend geweest voor de omvang van het onderzoek.

Comorbiditeit

Bij kinderen van 10 tot 14 jaar, komt een samengaan van ASS en onder andere ADHD vaak voor (Hoop, 2013). Ook noemen Kat, Beenackers & ter Brugge (2009) dat er een overlap tussen ASS en ADHD bestaat. Problemen met aandacht en planning zijn overeenkomend tussen deze problematieken en ook kan er sprake zijn van onrust. Hoewel ADHD en ASS vaker samen voorkomt, zijn er auteurs die zich afvragen of dit comorbiditeit genoemd kan worden. Dit met betrekking tot onduidelijkheid over de neurobiologie en etiologie van beide aandoeningen (Gillaerts & Steyaert, 2009). Stemmingsproblemen komen vaak voor in combinatie met onder andere ASS en ADHD (CAGGB, z.d.). Wat in dit onderzoek gelinkt zou kunnen worden aan de dysthyme stoornis.
In het onderzoek van de Bruin, Ferdinand, de Nijs & Verheij (2006), wordt beschreven dat meer dan 80% van de kinderen met PDD-NOS, in de leeftijd van zes tot 12 jaar te maken heeft met één comorbide psychiatrische stoornis. Disruptieve gedragsstoornissen (ADHD, Oppositional Defiant Disorder of Conduct Disorders) kwamen daarin het meeste voor.

PDD-NOS en dysthyme stoornis komt ook vaker voor, maar in een mindere mate (± 2%). Dit over het aantal van 94 kinderen met PDD-NOS.

2.11 Kwantitatieve variabelen

Kwantitatieve variabelen zijn variabelen die getalswaarden hebben (Reynders, 2004). In dit onderzoek zijn dit: het aantal patiënten, het aantal therapeuten, de leeftijd van de patiënt en het aantal sessies gekoppeld aan de afzonderlijke vragen van de CSRS (zie figuur 2, p. 13). Elk patiënt is geanonimiseerd door een nummer van één tot 21 toe te kennen. Op deze manier kunnen uitkomsten en belopen eenvoudig en anoniem met elkaar vergeleken worden.

De kwalitatieve gegevens bestaan in dit onderzoek uit het geslacht van de patiënten en de pathologie.

Inclusie: Er is comorbiditeit aanwezig. Er kan bij een aantal pathologieën geen representatief resultaat worden getoond, omdat het aantal patiënten hiervoor te klein is. De onderzoekers hebben gekozen om drie categorieën met de meest voorkomende stoornissen te analyseren, namelijk; dysthyme stoornis, ASS en ADHD. De vragen in de SRS worden per pathologie beter belicht.

Exclusie: Er is een grote groep patiënten met gedragsproblemen. Deze groep is niet meegenomen, omdat gedragsproblemen niet altijd een stoornis betreft. De patiënten met gedragsproblemen kunnen niet specifiek gedefinieerd worden, omdat zij te maken hebben met comorbide diagnoses (bijvoorbeeld ADHD met een hechtingsstoornis).

Resultaten

3.1 Beschrijvende gegevens

Participanten

Van de 23 (ex)patiënten hebben de onderzoekers uiteindelijk de vragenlijsten van 21 patiënten kunnen gebruiken. Zes patiënten van therapeut 1, acht patiënten van therapeut 2 en zeven patiënten van therapeut 3. In totaal deden er negen jongens mee en twaalf meisjes.
De gegevens van één patiënt worden niet in het onderzoek verwerkt, omdat de vragenlijsten bij deze patiënt niet compleet of niet juist werden ingevuld; De datum ontbrak bij een aantal sessies, sommige lijsten werden ingevuld door iemand anders dan de patiënt zelf en er werden bij een aantal documenten meerdere streepjes op een meetlijn gezet.

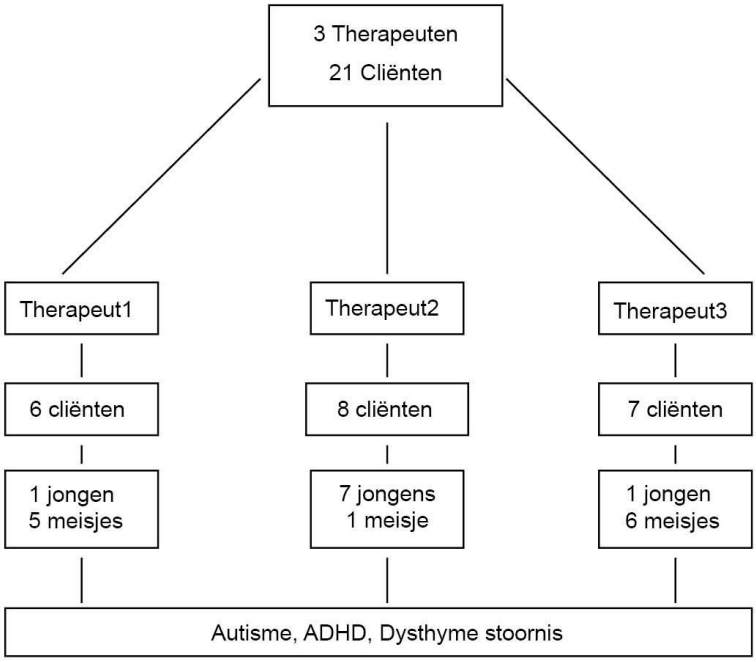
Ook werd ervoor gekozen om de data van een tweede patiënt niet mee te nemen in het onderzoek. Hier werd de lijst maar gedurende één sessie ingevuld, waardoor er geen significante uitspraak gedaan kan worden.

De auteurs hebben ervoor gekozen om de problematieken ‘ADHD, autisme en dysthyme stoornis’ in dit onderzoek mee te nemen (zie kwantitatieve variabelen, p. 15). Onderstaande comorbiditeit komt in dit onderzoek voor. De cijfers tussen haakjes geven aan hoe vaak.

- ADHD & ASS (1x)
- ADHD & PDD-NOS (1x)
- ADHD & Dysthyme stoornis (2x)
- Dysthyme stoornis & PDD-NOS (2x)

In het onderzoek worden de problematieken gescheiden, echter kan één patiënt door comorbiditeit in meerdere subgroepen/doelgroepen geplaatst zijn.

De onderzoekers hebben er voor gekozen om de gegevens met betrekking tot de dysthyme stoornis terug te laten komen in de bijlage (zie bijlage 2 p. 39), waarbij ze ook terug komen op de vijfde hypothese. Doordat deze doelgroep een te klein aantal participanten heeft (vier participanten), vinden wij de uitkomst te onbetrouwbaar om mee te nemen in het verslag. Echter vinden wij het wel belangrijk om dit te benoemen, dit voor een mogelijk vervolgonderzoek.



Figuur 3: Flowdiagram

De verkregen data hebben we van therapeut1 en deels van therapeut2 analoog gekregen en zelf met een liniaal (na)gemeten. Therapeut3 heeft de gegevens digitaal in de vorm van een *Excel*-tabel, via het *Karakter*-netwerk gestuurd. Een aantal data van therapeut2 hebben de onderzoekers digitaal gekregen. Hierbij hebben zij een aantal dingen opgemerkt wat heeft geleid tot het formuleren van criteria. Deze criteria bepalen of de verkregen data in het onderzoek verwerkt of achterwege gelaten worden.

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen, werd er voor gekozen om vragenlijsten niet bruikbaar te verklaren wanneer het voldeed aan onderstaande punten;

1) de lijst is ingevuld door moeder, vader, zus, broer of iemand anders;
2) de datum is niet ingevuld;
3) de naam van het kind is niet ingevuld;
4) er zijn twee strepen op de meetlijn gezet, die een afstand van meer dan één centimeter hebben;
5) er zijn enkel gegevens van één sessie beschikbaar.

De onderzoekers hebben er voor gekozen om onderstaande punten mee te nemen in het onderzoek;

6) de meetlijn is langer dan tien centimeter;
7) de scores zijn afgerond;
8) er zijn twee strepen op de meetlijn geplaatst waarvan de afstand niet langer is dan één centimeter. Het gemiddelde hiervan wordt als uitkomst gebruikt.

Om de betrouwbaarheid te kunnen waarborgen werden de scores van de patiënten 7 en 8, en 10 t/m 12 geconverteerd. Deze meetlijn was 0,2cm langer. De score werd gedeeld door 10,2 en weer vermenigvuldigd met 10.

Bij patiënt 10, 11, 12 en 14 zijn de scores afgerond. Deze werden meegenomen doordat het een bijdrage levert aan het inzichtelijk maken van het beloop. De data van patiënt 9 is in twee delen verstuurd. Dit is in beide gevallen digitaal gebeurd, waarbij het eerste deel is afgerond en het tweede deel niet is afgerond. Bij patiënt 13 is de data ook in twee delen aangeleverd. Het eerste deel van de behandeling is digitaal aangeleverd en afgerond. Het tweede deel is analoog aangeleverd en geconverteerd.

Wanneer er twee strepen op een schaal gezet zijn en de afstand niet groter is dan één centimeter, werd het gemiddelde ervan als resultaat gebruikt. Wanneer er hoger dan 10 gescoord werd (het streepje is niet op de meetlijn geplaatst, maar op het blanco stuk achter de 10), dan werd 10 als maximaal cijfer gebruikt.

3.2 Outcome data en grafieken

De onderzoekers hebben de uitkomsten verdeeld in drie vragen;

Deelvragen:

- Vinden de patiënten dat er door de therapeut geluisterd is, gedurende de beeldend therapeutische behandeling?
- Vinden de patiënten het belangrijk wat er is gedaan, gedurende de beeldend therapeutische behandeling?
- Vinden de patiënten het fijn wat er in de beeldend therapeutische behandeling is gedaan?

Deze deelvragen zijn gericht op de drie vragen van de CSRS, waarin luisteren (vraag 1), gebeurtenis (vraag 2) en aangenaamheid (vraag 3) centraal staan. Door middel van deze vragen zijn de uitkomsten gecategoriseerd, met betrekking tot de drie problematieken (ADHD, autisme en dysthyme stoornis). De onderzoekers beschrijven in de analyse de uitkomsten van de vragenlijsten. Hier benoemen ze de veranderingen die in de grafieken te zien zijn. Ter ondersteuning geven de onderzoekers weer hoeveel patiënten er per sessie zijn meegenomen in het onderzoek (zie onderstaande tabel).

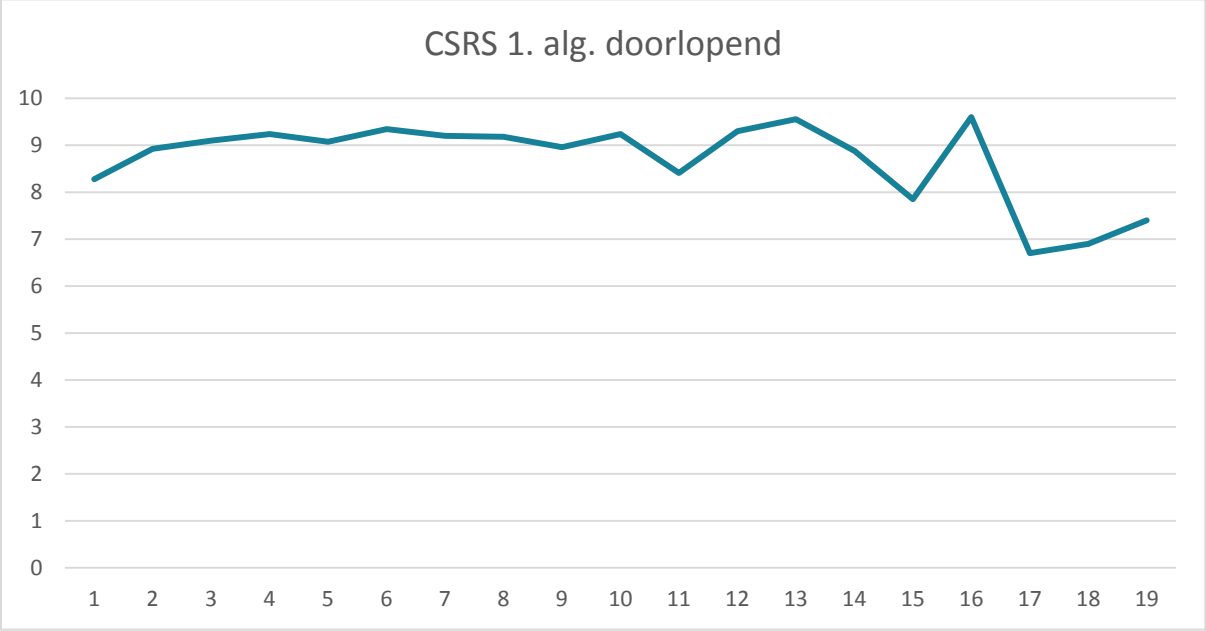
Aantal patiënten in behandeling

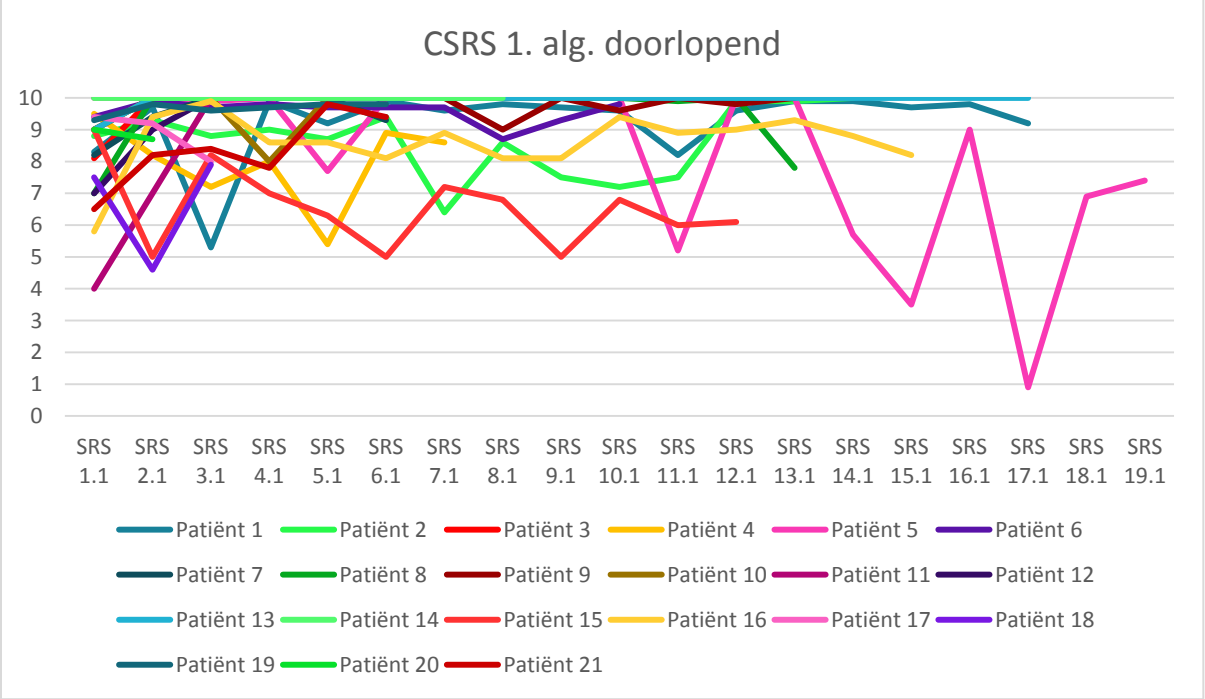
Groepen \ Sessie nummer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Alle patiënten	21	21	19	16	16	16	12	11	10	10	9	8	7	5	4	3	3	1	1
ADHD	6	6	6	5	5	5	4	4	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1
ASS	10	10	9	7	7	7	5	5	5	5	4	4	4	3	3	3	3	1	1
Dysthyme stoornis	4	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1

3.2.1 Deelvraag 1. Eva Bruckhoff

Vinden de patiënten dat er door de therapeut geluisterd is, gedurende de beeldend therapeutische behandeling?

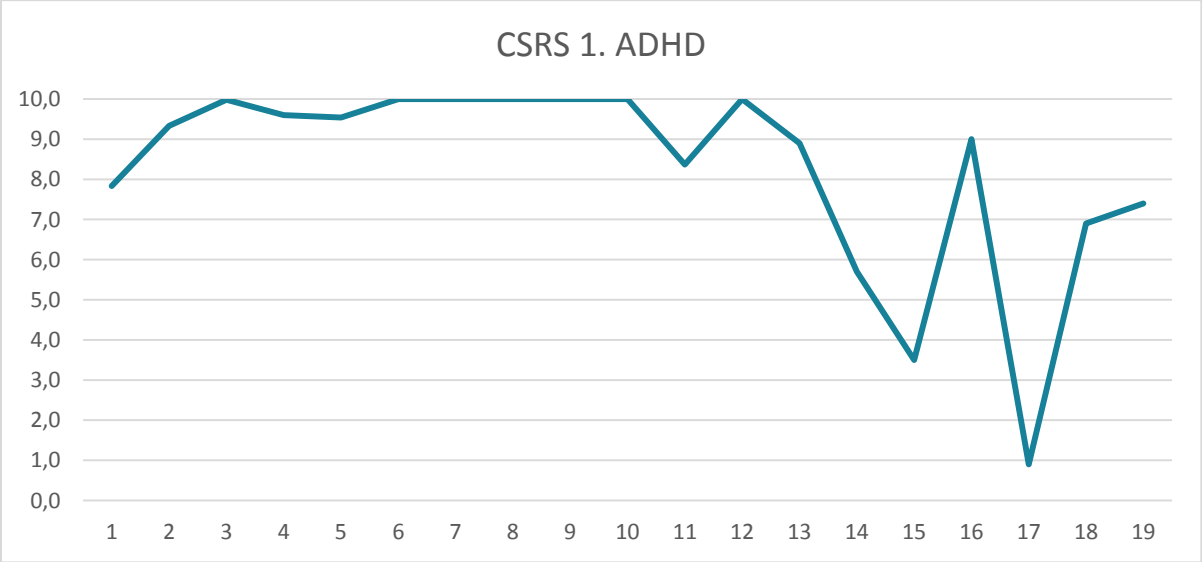
Gemiddelde meting





De gemiddelde score begint bij sessie één met een 8,3 en stijgt tot sessie drie constant tot een gemiddelde score van 9,1. T/m sessie tien is er weinig fluctuatie. De lijn wisselt minimaal tussen 9 en 9,3. Hierna is er meer fluctuatie te zien. Van sessie tien naar sessie elf daalt de gemiddelde score van een 9,2 naar een 8,4. Een patiënt is tijdens deze overgang gestopt en een patiënt scoort vergeleken met de andere patiënten lager (5,2), waardoor het gemiddelde omlaag gehaald wordt. Tot sessie 13 stijgt de lijn tot een gemiddelde van 9,6. Tot sessie 15 daalt de lijn weer tot een score van 7,9, omdat één van de vier patiënten met een 3,5 laag scoort. Vanaf hier participeren nog maar drie patiënten en wordt de fluctuatie extremer. De score stijgt tot sessie 16 significant naar een gemiddelde van 9,6. De gemiddelde score van sessie 17 daalt tot een gemiddelde van 6,7. Dit omdat een patiënt een 0,9 scoort en hierdoor de resterende cijfers van de andere twee patiënten omlaag haalt. In de laatste twee sessies wordt nog maar een patiënt behandeld. Hier is een kleine toename van de score te zien. De patiënt sluit de behandeling met een 7,4 af. Vergeleken met de eerste twee sessies, waar alle 21 patiënten behandeling kregen, is de score aan het einde van de meting met een verschil van 1,2 gedaald. Dit resultaat is echter minder betrouwbaar omdat het aantal patiënten niet groot genoeg is. Gemiddeld scoren de patiënten met een 8,7 op vraag één van de CSRS.

ADHD

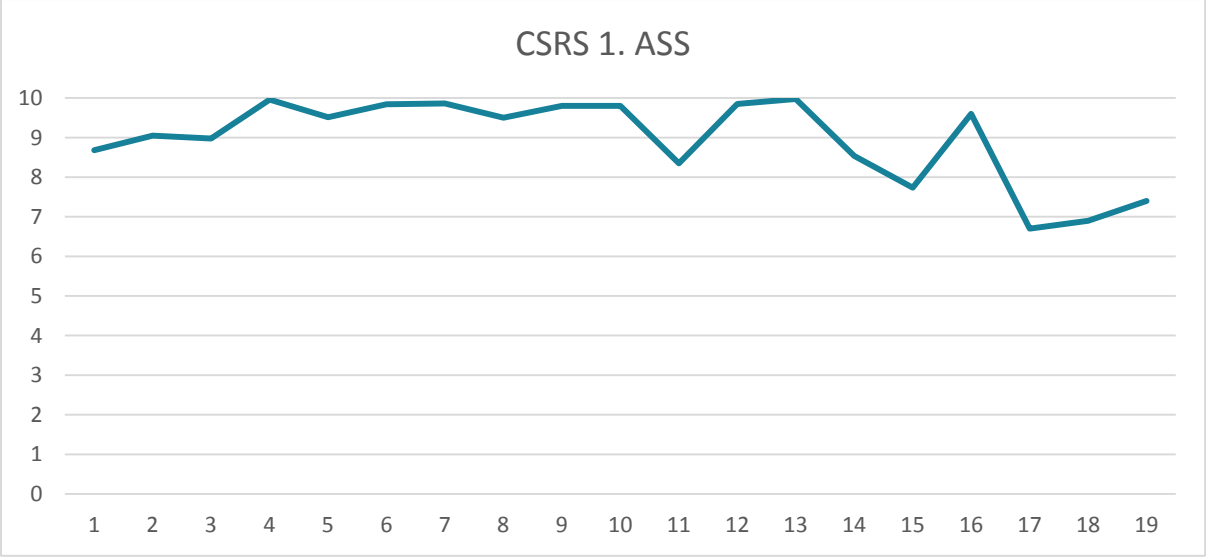


De eerste sessie heeft een gemiddelde score van 7,8. Hier is de betrouwbaarheid het grootste, omdat hier het grootste aantal patiënten behandeld worden. Tot sessie drie is een stijging tot de maximale score van 10 waar te nemen. Hierna stopt een patiënt en de gemiddelde score t/m sessie zes is 9,7.

Wat erg opvalt is dat alle patiënten die gedurende de sessies zes t/m tien nog behandeling krijgen een 10 scoren. Vanaf sessie elf is er een extreme fluctuatie waarneembaar. Dit omdat één patiënt erg schommelt in zijn scores. Vanaf sessie 12 (waar nog twee patiënten deelnemen) tot sessie 15 (waar nog maar één patiënt deelneemt), daalt de score met een extreme waarde van 6,5. Vanaf dit moment van de meting is de fluctuatie significant en zijn er bij alle sessies uitschieters te zien. Tot sessie 16 stijgt de score van 3,5 tot een 9. Hierna daalt deze met een differentie van 8,1 weer naar een score van 0,9.
De patiënt sluit de behandeling met een 7,4 af, waardoor de lijn weer extreem stijgt. Vergeleken met het begin van de meting, is er aan het einde geen significante verandering te

zien. De score daalt met een waarde van 0,4. Doordat er bij de laatste sessies nog maar één patiënt participeert, zijn de resultaten weinig betrouwbaar.
De gemiddelde score van alle patiënten met ADHD is 8,3.

Autisme

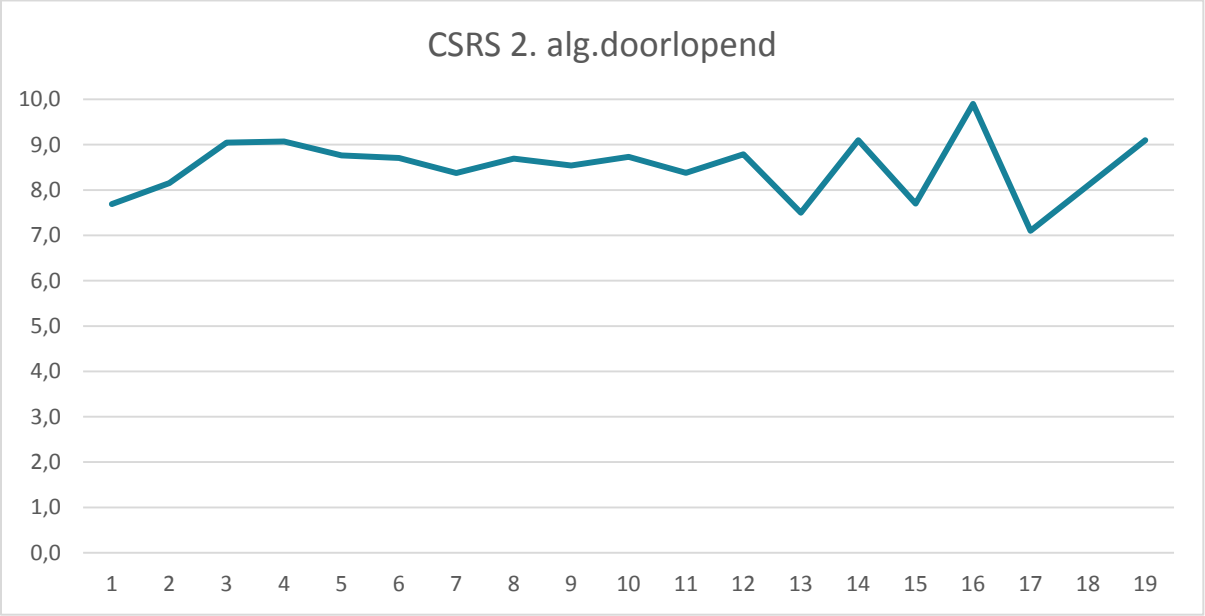


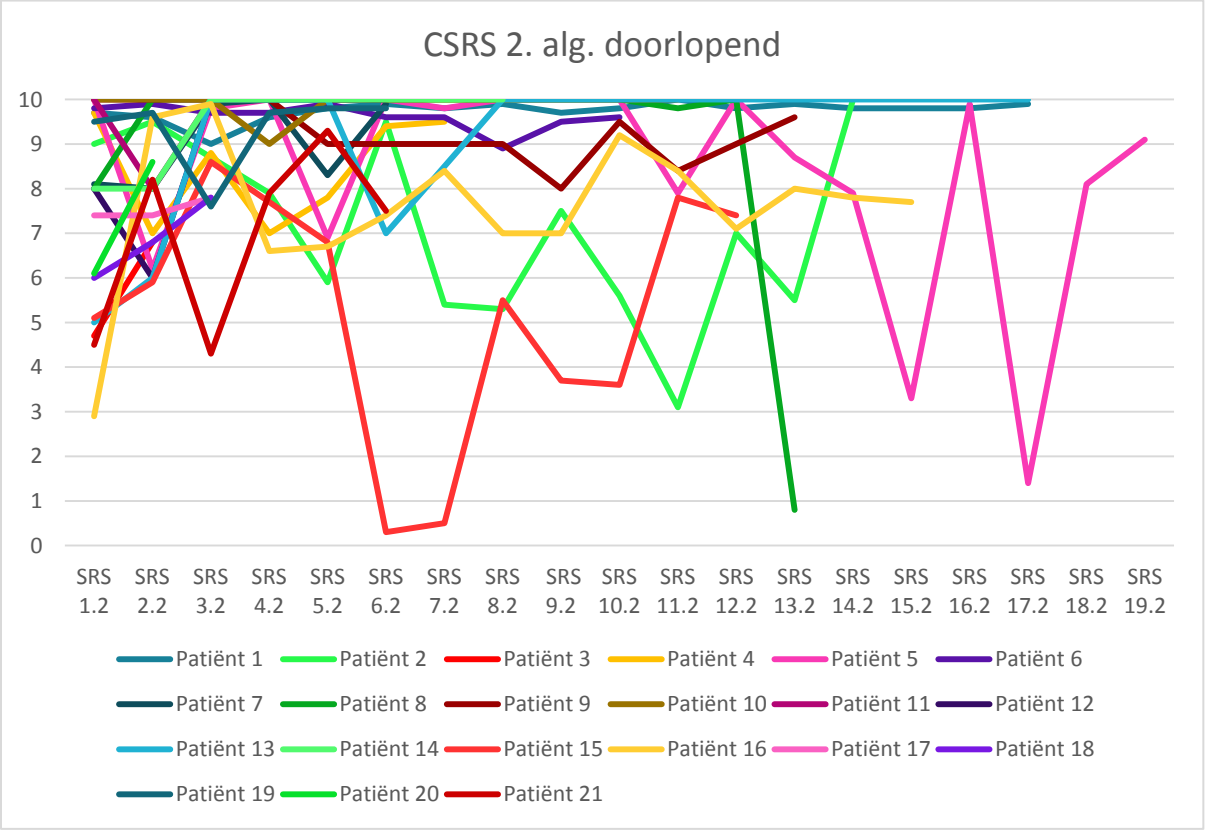
Uit de grafiek is te lezen dat patiënten over het algemeen hoog scoren op vraag één. De gemiddelde score bij sessie één is 8,7. In de eerste drie sessies waarbij de meeste patiënten in behandeling waren en de betrouwbaarheid dus het grootste is, is de gemiddelde score 9,3. Vanaf sessie elf participeren nog maar vier patiënten en is er een extreme fluctuatie te zien. Bij de sessies 14 t/m 17 zijn de scores erg wisselend. Hier zijn er nog drie patiënten in behandeling. Sessie 15 en 17 tonen uitschieters. Dit omdat één patiënt erg schommelt in zijn scores. Zo daalt de score van sessie 13 tot sessie 15 met een waarde van 2,2. Deze patiënt scoort bij sessie 16 weer hoog, waardoor de lijn weer significant stijgt. Bij sessie 17 daalt de score. Dit omdat deze patiënt met een cijfer van 0,9 scoort, wat het gemiddelde omlaag haalt. Dit terwijl de andere twee overblijvende patiënten met een gemiddelde score van 9,6 scoren. De laatste twee sessies worden afgesloten met nog maar één patiënt. Aan het einde is de tevredenheid gemiddeld 7,2 en ten opzichte van de eerste sessies met een differentie van 1,5 omlaag gegaan. De betrouwbaarheid is bij de laatste meetmomenten erg laag omdat het hierbij nog maar om één patiënt gaat.
De gemiddelde score onder de kinderen en jeugdigen met ASS is 8,9.

3.2.2 Deelvraag 2. Anne van der Tuijn:

Vinden de patiënten het belangrijk wat er is gedaan, gedurende de beeldend therapeutische behandeling?

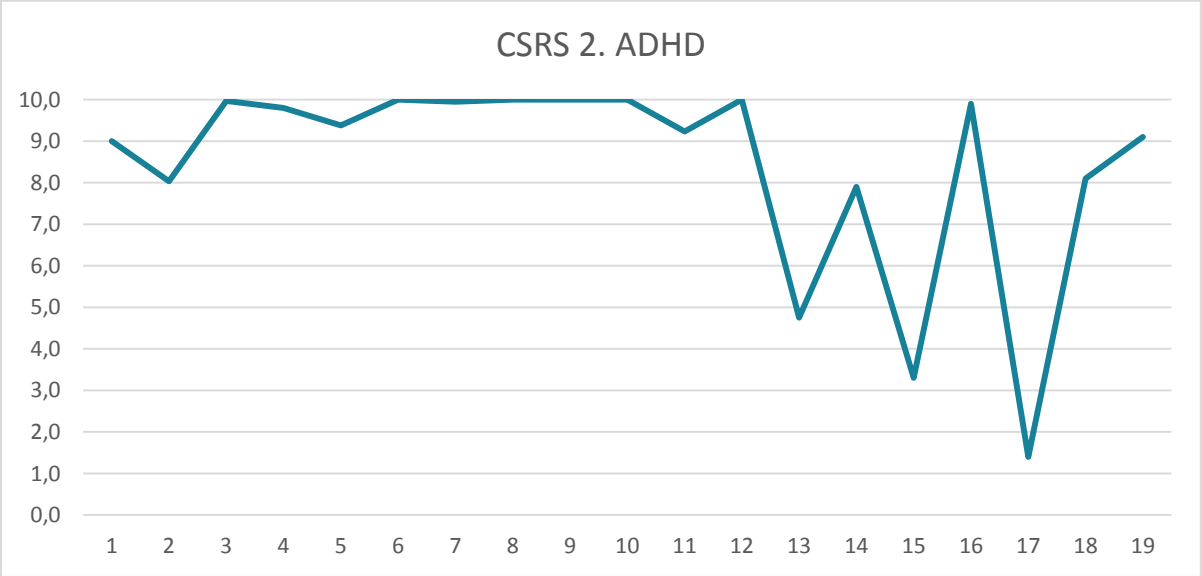
Gemiddelde meting





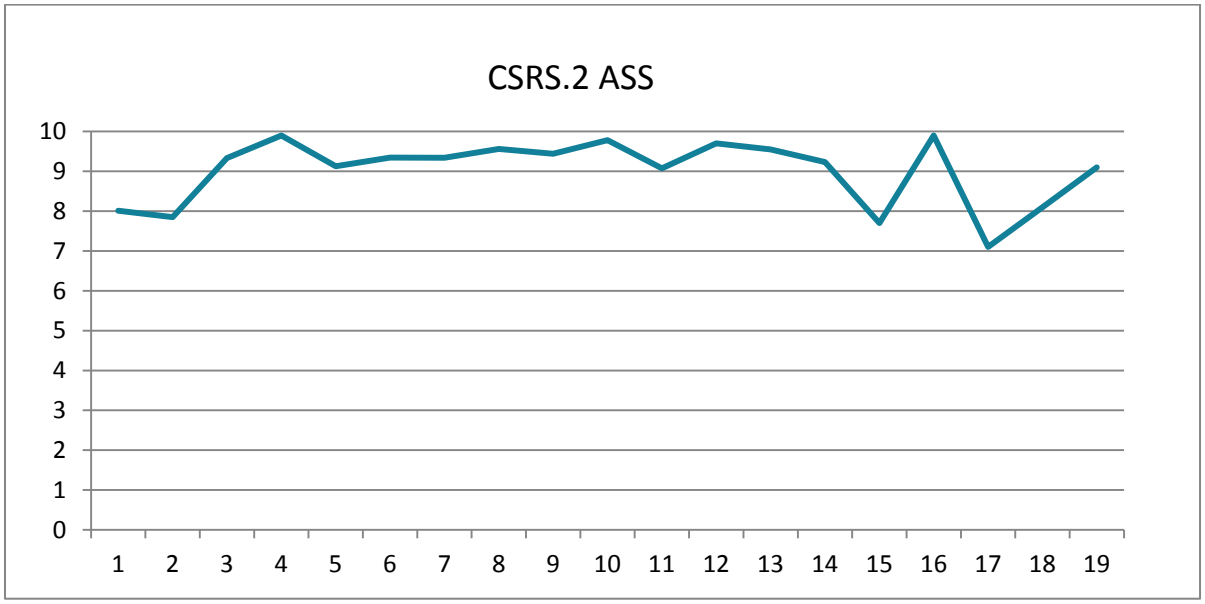
De gemiddelde score van de 21 patiënten is bij sessie één 7,7 en stijgt tot en met sessie vier tot een gemiddelde score van 9,1. In de eerste twee sessies zijn alle 21 patiënten in behandeling. Tussen sessie vier en sessie twaalf wisselt de score tussen minimaal 8,4 en maximaal 9,1, waardoor er een redelijk stabiele lijn te zien is. Eén van de patiënten scoort in sessie zes en zeven een 0,5 en lager, wat het gemiddelde iets omlaag haalt in sessie zes en zeven. De score blijft tussen de 8,5 en 8,8. In de twaalfde sessie zijn er nog acht patiënten van de 21 in behandeling. Hierdoor is er meer fluctuatie te zien van sessie twaalf tot en met sessie vijftien. De score van 8,8 daalt naar 7,5 en stijgt dan naar 9,1. Vervolgens daalt hij weer naar 7,7. Vanaf sessie vijftien wordt de fluctuatie groter, omdat het aantal patiënten in behandeling inmiddels is gehalveerd naar vier patiënten. De score van 7,7 stijgt naar 9,9 en daalt vervolgens weer naar 7,1. In de laatste drie sessies is een stijgende lijn te zien naar 9,1. Er is een samenhang te zien tussen de stijgende fluctuatie in de grafiek en de daling van het aantal 'patiënten in behandeling'. Vraag 2 van de CSRS is door alle patiënten gescoord met een gemiddelde van 8,5.

ADHD



De gemiddelde score van zes patiënten met ADHD is in sessie één 9,0. Dit gemiddelde daalt in sessie twee naar 8,0 en stijgt vervolgens in sessie drie tot een gemiddelde score van 10,0. De betrouwbaarheid van de score is het hoogst in de eerste drie sessies, omdat hier de meeste patiënten in behandeling zijn. Tussen sessie vier en sessie twaalf is de lijn redelijk constant. De score fluctueert tussen 9,8 en 10,0, met uitzondering van twee kleine dalingen naar een 9,4 in sessie vijf en een 9,2 in sessie elf. Vanaf sessie 12 stijgt de fluctuatie en daalt het aantal patiënten wat in behandeling is, naar twee patiënten. De score van sessie 13 daalt ten opzichte van sessie 12; van een 10,0 naar een 4,8. Dit komt doordat één van de twee patiënten een 0,8 scoort. Vanaf sessie 14 is er één patiënt in behandeling, die in grote mate wisselend scoort. De patiënt scoort een 7,9 in sessie 14, een 3,3 in sessie vijftien, een 9,9 in sessie zestien en scoort vervolgens een 1,4 in sessie zeventien. Vanaf hier is een stijgende lijn te zien tot en met 9,1, in de laatste sessie. Vraag 2 van de CSRS is door de pathologiegroep ADHD gescoord met een gemiddelde van 8.4.

ASS

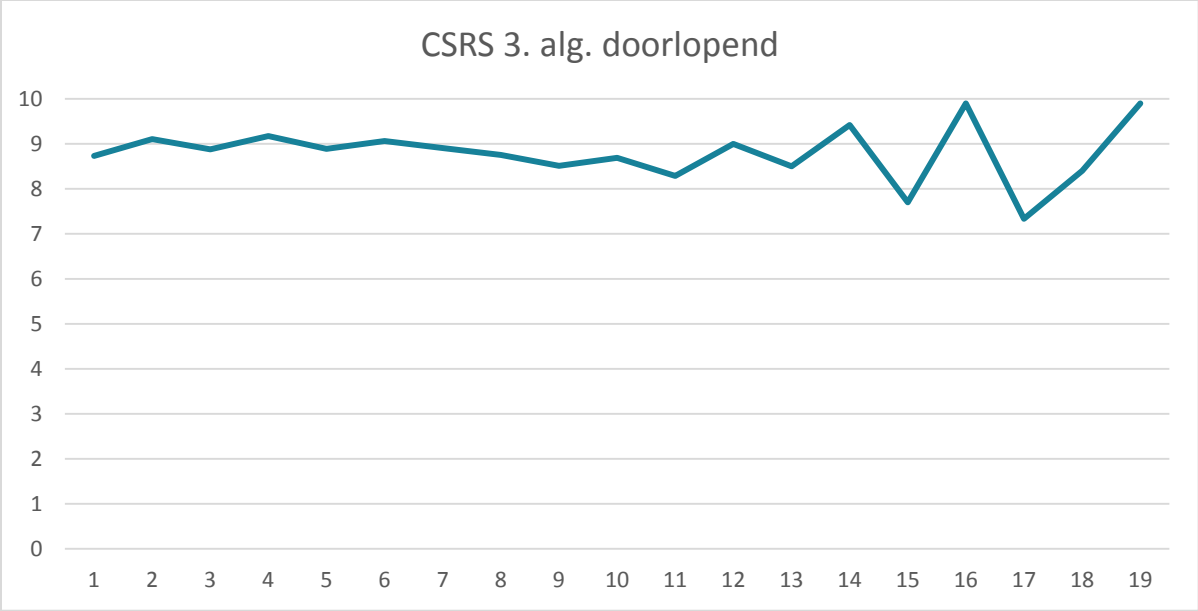


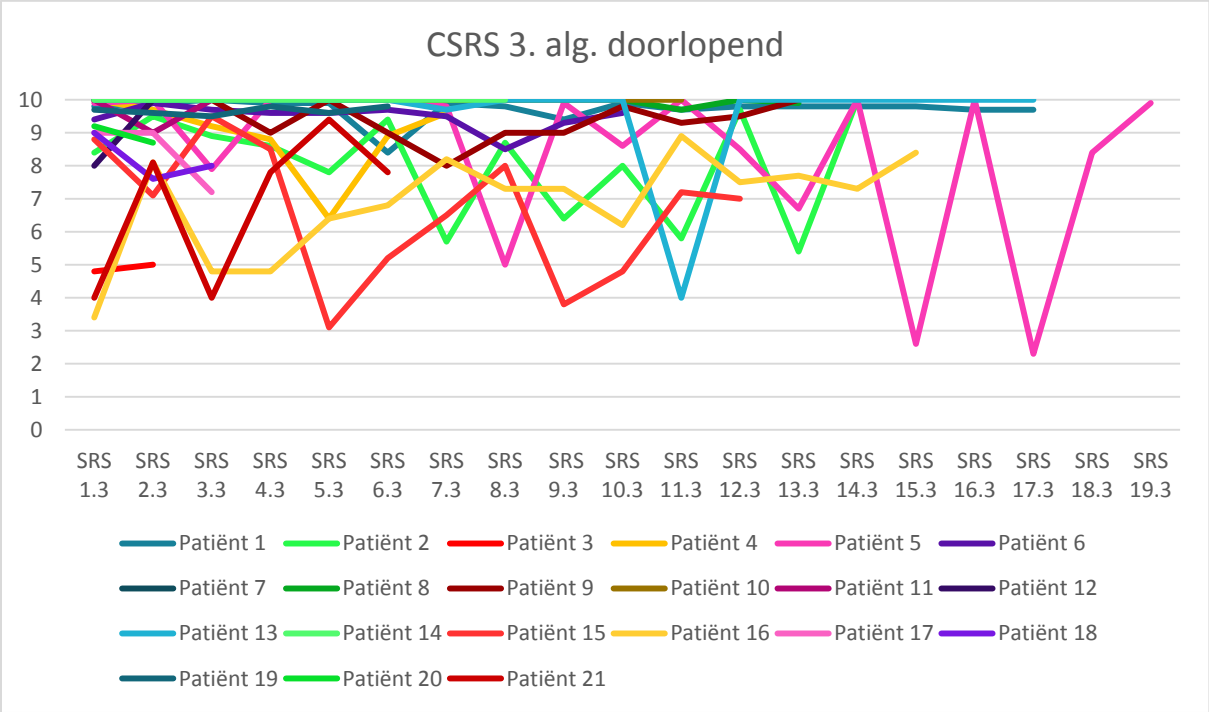
De gemiddelde score van de tien patiënten met een ASS is bij sessie één 8,0. De lijn in de grafiek blijft bijna gelijk in sessie twee en stijgt naar sessie vier tot een gemiddelde score van 9,9. Vervolgens daalt de score in sessie vijf naar een 9,1, waarna een stijgende lijn te zien is tot en met sessie tien (tot een score van 9,8). Vanaf sessie elf zijn er nog vier van de tien patiënten in behandeling. Hier is een kleine daling naar 9,1 te zien, waarna de lijn stijgt naar een 9,7 en vervolgens langzaam daalt tot en met sessie veertien naar een 9,2. Vanaf dit moment zijn er nog drie patiënten in behandeling en stijgt de fluctuatie. In sessie vijftien stijgt de lijn opvallend van een 7,7, naar een 9,9, waarna er een significante daling te zien is naar een 7,1. In sessie achttien en negentien is er nog één patiënt in behandeling. Deze scoort een 8,1 en sluit af met een 9,1. Vraag 2 van de CSRS is door de pathologiegroep ASS gemiddeld gescoord met een 9,0.

3.2.3 Deelvraag 3. Sabrina Klein Breteler:

Vinden de patiënten het fijn wat er in de beeldend therapeutische behandeling is gedaan?

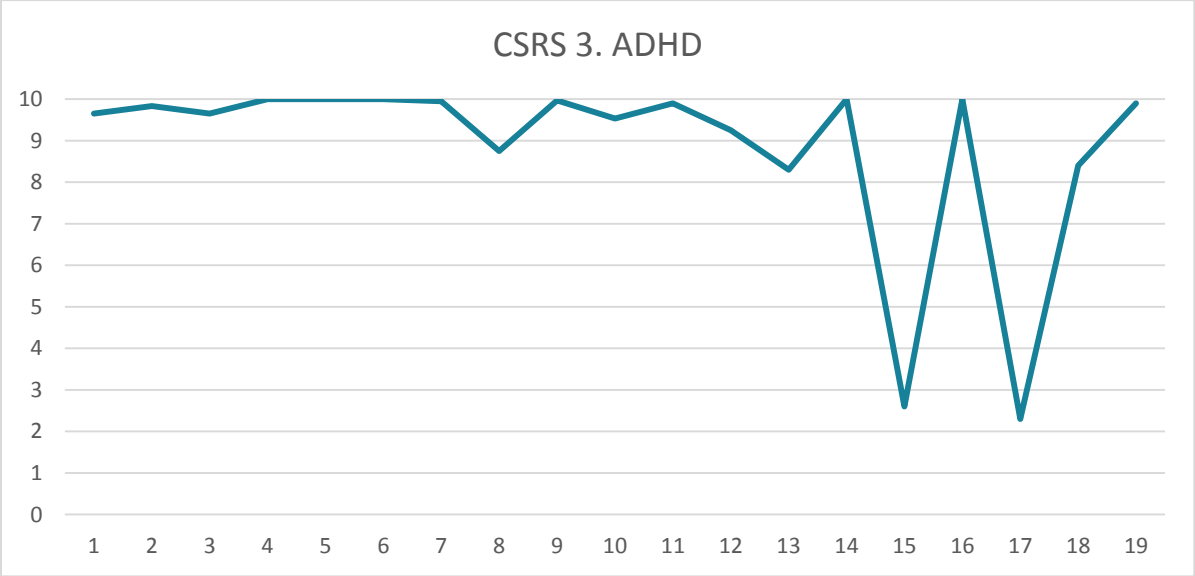
Gemiddelde meting





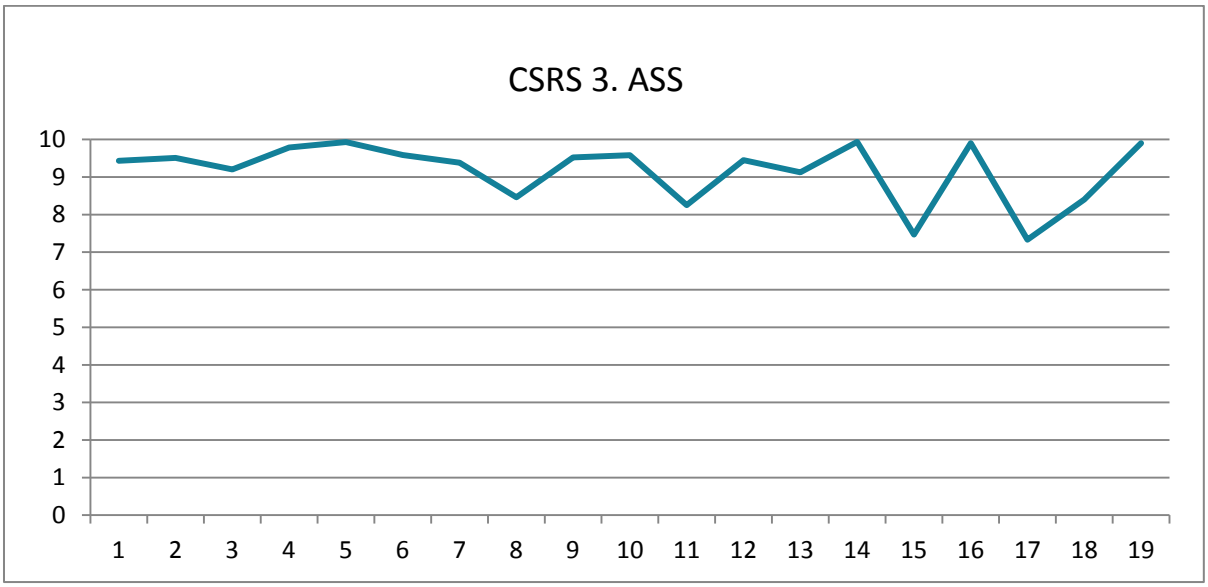
De gemiddelde score begint bij 8,7. Tot en met sessie acht is er weinig fluctuatie te zien. De minimale score tot en met 8 is 8,7 en de maximale score is 9,2. Bij sessie acht zijn er 10 patiënten van de 21 gestopt, waardoor de betrouwbaarheid minder wordt. Bij sessie negen stijgt de score minimaal. Een score van 8,5 is te zien bij sessie negen en een 8,7 bij sessie tien. Bij sessie elf is er veel verandering te zien in de grafiek. Dit t/m sessie 19. De verschillen van de scores per sessie worden relatief steeds groter, wat mede komt doordat er na sessie 13 drie patiënten zijn gestopt en na sessie 17 nog twee patiënten. Bij sessie 18 en 19 is er enkel door één patiënt de scorelijst ingevuld. Wat opvalt, is dat bij sessie 15 een daling te zien is met als score een 7,7. Dit ten opzichte van een 9,4 bij sessie 14. Een patiënt scoort bij sessie 15 met een 2,6, wat het gemiddelde omlaag haalt. Vervolgens stijgt de score bij sessie 16 met een score van 9,9 en daalt de lijn bij sessie 17 met een 7,3. Hierbij heeft dezelfde patiënt als bij sessie 15 wederom laag gescoord, namelijk met een 2,3. Als we kijken naar het begin en het einde van de meting, dan is de score gestegen. Aan het begin van de meting, waarbij alle patiënten de scorelijst hebben ingevuld, is de gemiddelde score 8,7. Aan het einde van de meting is de gemiddelde score 9,9. Echter, dit eindgemiddelde is niet volledig betrouwbaar omdat het hier nog maar om een enkele patiënt gaat. De CSRS is door alle pathologiegroepen gescoord met een gemiddelde van 8,8.

ADHD



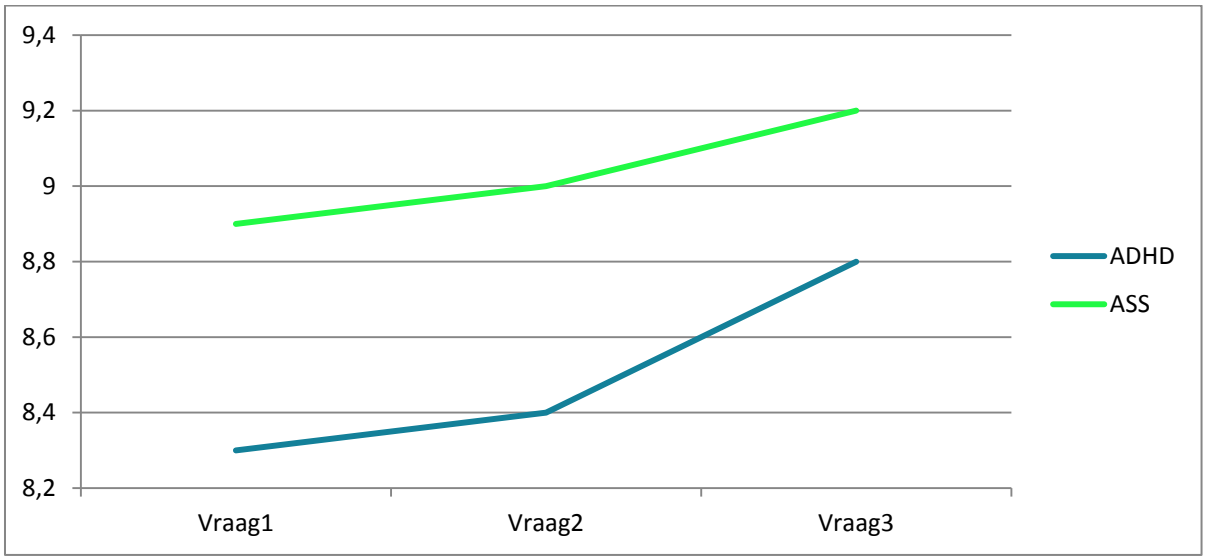
Sessie één begint met een gemiddelde score van 9,7. Tot en met sessie drie is er een minimale fluctuatie te zien. Vanaf sessie vier tot en met sessie zes is er een constante lijn met een score 10 te zien. Bij sessie acht is er een daling te zien, de score is hier 8,8. Eén patiënt heeft hier gescoord met een 5, wat het gemiddelde naar beneden haalt. Vervolgens stijgt de lijn naar 10 bij sessie negen en t/m sessie 12 is ook hier een minimale fluctuatie te zien. Van sessie 13 (een score van 8,3) stijgt de lijn naar en score van 10 bij sessie 14. Vervolgens is er een opvallende daling te zien met een score van 2,6 bij sessie 15. De lijn stijgt bij sessie 16 weer naar en score van 10 en daalt bij sessie 17, waarbij een score van 2,3 te zien is. Vanaf sessie 14 wordt er gemeten waarbij er nog maar één patiënt de behandeling volgt. Door deze patiënt wordt er (vooral vanaf sessie 14) afwisselend gescoord. De gemiddelde score onder de kinderen met ADHD is 8,8.

Autisme

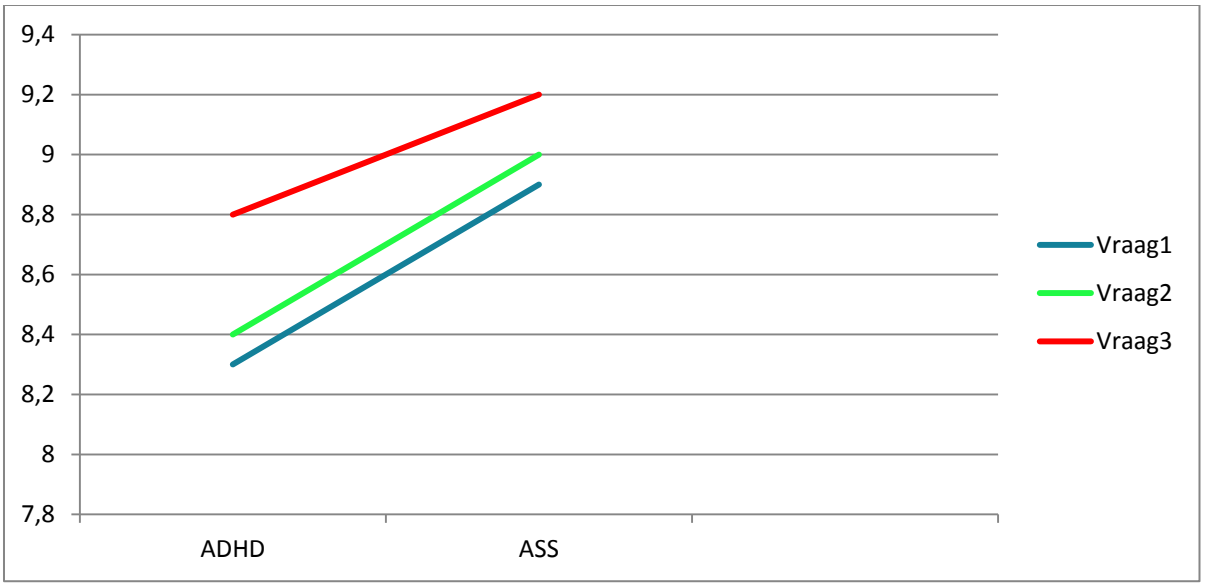


Bij deze doelgroep begint de gemiddelde score bij 9,4. Er is tot en met sessie drie een minimale daling te zien die eindigt op 9,2. Vanaf sessie vier tot en met zeven liggen de scores tussen de 9,4 en 9,9 in. Een kleine daling is te zien bij sessie acht, waarbij er met 8,5 wordt gescoord. Eén patiënt scoort bij deze sessie met een 5, waardoor het gemiddelde naar beneden wordt gehaald. Een stijging volgt in sessie negen (9,5) en stijgt naar en 9,6 bij sessie tien. Wat opvalt, is dat er sterke fluctuaties te zien zijn vanaf sessie 14. Bij sessie 14 is gescoord met een 9,9. Bij sessie 15 is een daling te zien, waarbij er gescoord wordt met 7,5. Bij deze sessie scoort één patiënt met 2,6, wat het gemiddelde naar beneden haalt. Bij sessie 16 stijgt de lijn naar een score van 9,9 en bij sessie 17 daalt hij weer naar een score van 7,3. Ook hier heeft de patiënt die in sessie 15 laag heeft gescoord, bij deze sessie wederom een laag cijfer gegeven. Bij de laatste twee sessies is de vragenlijst enkel door deze zelfde patiënt ingevuld. De laatste twee sessies worden hoog door hem/haar gescoord. De gemiddelde score onder de kinderen met autisme is 9,2.

3.2.4 *Algemene resultaten met betrekking tot de drie vragen en de pathologiegroepen*

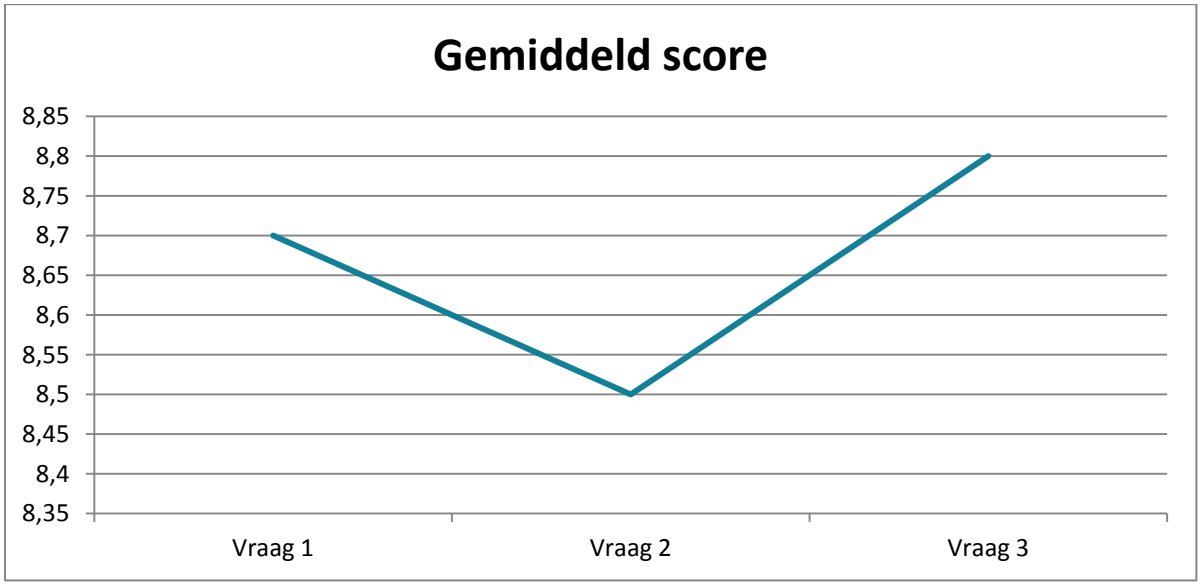


Figuur 4: De gemiddelde scores per pathologiegroep.



Figuur 5: De gemiddelde scores per deelvraag.

Als we kijken naar de gemiddelde scores van de pathologiegroepen, dan is te zien dat ASS relatief hoger scoort dan ADHD (figuur 4). Ook hier is het verschil minimaal. De minimale score van ADHD is 8,3 en bij ASS is dit 8,9. De maximale score van ADHD is 8,8 en bij ASS is dit 9,2. Als we naar figuur 5 kijken, dan kunnen we stellen dat vraag drie het hoogst scoort bij de pathalogiegroeppen ADHD en ASS, vraag twee volgt en tenslotte vraag één.

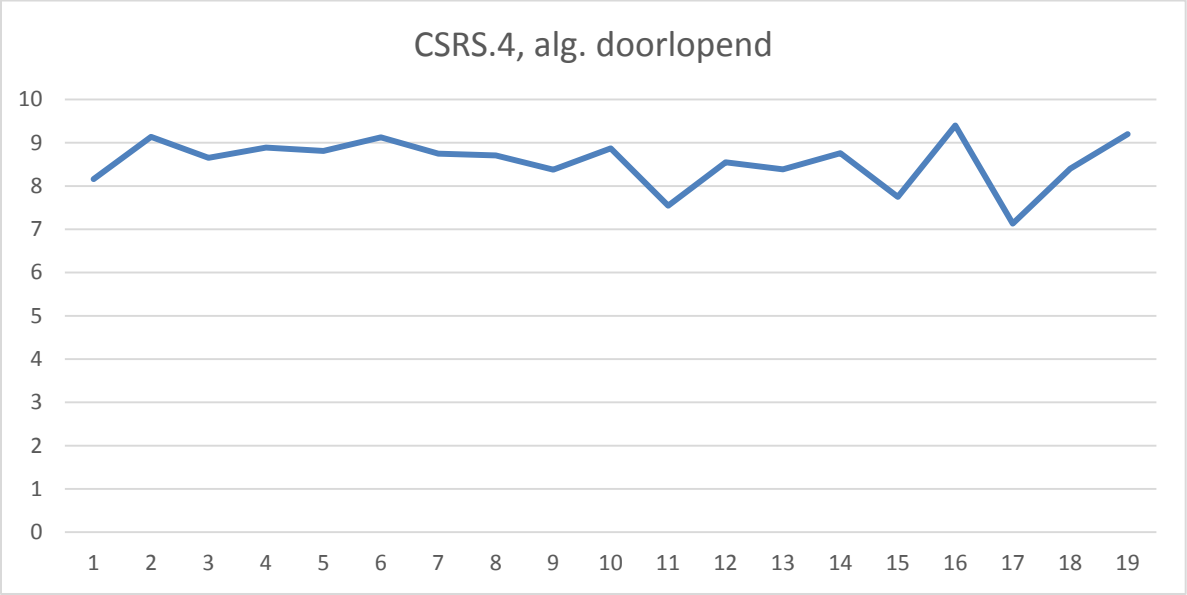


Figuur 6: De gemiddelde scores per deelvraag over alle cliënten.

De gemiddelde scores van de vragen één tot en met drie zijn allen hoog (figuur 6). Bij vraag één wordt er gescoord met een gemiddelde van 8,7, bij vraag twee wordt er gescoord met een gemiddelde van 8,5 en bij vraag drie wordt er gescoord met een gemiddelde van 8,8. Deze gemiddelde gaan over alle 21 cliënten. Vraag drie wordt ten opzichte van de andere twee vragen dus het hoogst gescoord, maar het verschil daarin is nihil.

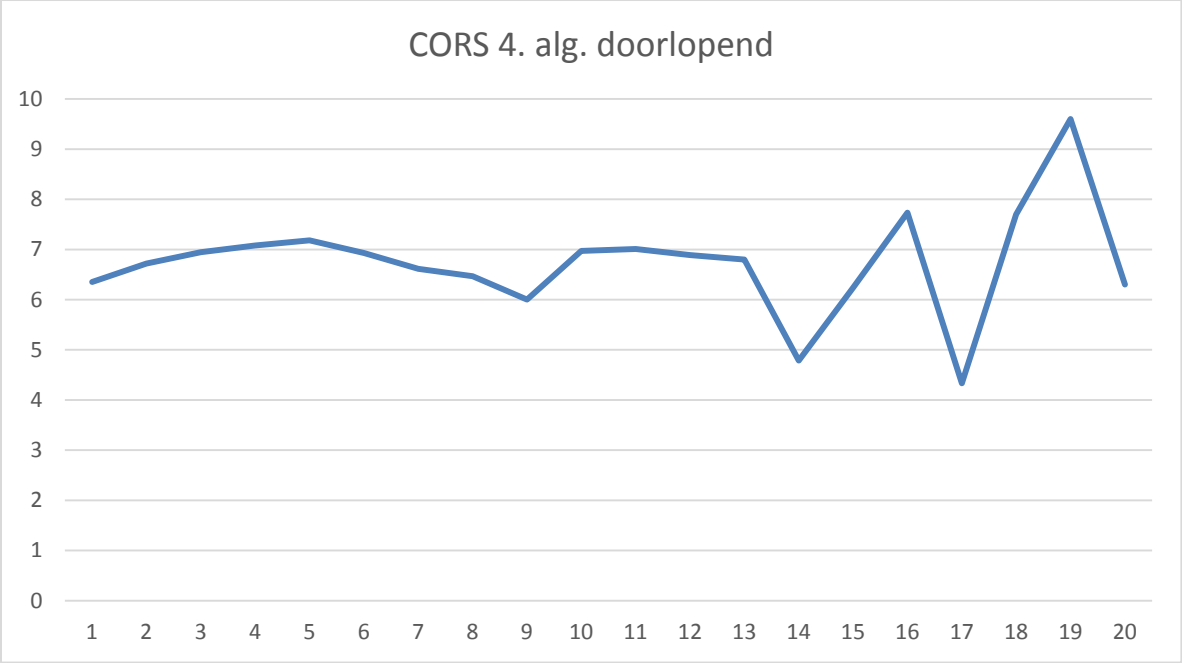
3.2.5 Patiënttevredenheid en het welbevinden

Patiënttevredenheid, vraag 4 van de CSRS



Gemiddeld scoren de patiënten met een 8,6 op de CSRS. De gemiddelde score bij sessie één van de CSRS is een 8,2. Tot sessie twee stijgt de score tot 9,1. Tot hier participeren alle 21 patiënten. Tot sessie tien is er weinig fluctuatie te zien. De score varieert tussen een minimum van 8,4 bij sessie negen tot een maximum van 9,1 bij sessie 6. Op dit moment van de meting nemen nog 16 patiënten deel. Van sessie tien tot elf is er een kleine daling te zien. De score daalt van een 8,9 naar een 7,5. Uit de database is te halen dat er een patiënt gestopt is en een patiënt scoort met een 0, waardoor het gemiddelde omlaag gehaald wordt. Hierna stijgt de score weer naar een 8,6. Dezelfde patiënt die hiervoor een 0 gaf, scoort nu met een 10. Tot sessie 13 stijgt de score minimaal tot 8,8. Vanaf sessie 14 is er meer fluctuatie te zien en schommelt de lijn bij elke sessie. Er zijn twee uitschieters te zien. Bij sessie 15 scoorde één van de vier patiënten laag. Tot sessie 16 waar nog maar drie patiënten meededen, stijgt de score met een waarde van 1,7 naar 9,4. Tot sessie 17 daalt de lijn weer tot een 7,1. Hier scoort dezelfde patiënt met een 1,9 laag, waardoor de uitschieter tot stand komt. In de laatste twee sessies participeert nog maar een patiënt. Hij sluit de behandeling relatief gezien hoog af. Met een 8,4 in sessie 18 en een 9,2 in sessie 19. Over het algemeen laat deze patiënt een erg schommelende lijn zien en kan het gemiddelde aan het einde van de meting niet vergeleken worden met het gemiddelde van het begin van de meting.

Het welbevinden van de patiënt, vraag 4 van de CORS



De patiënten scoren gemiddeld met een 6,7 op de CORS. De gemiddelde score bij de eerste sessie is 6,4. Tot sessie twee participeren alle 21 patiënten en is de betrouwbaarheid het grootste. Tot hier stijgt de score minimaal tot een 6,7. Tot sessie vijf is er een constante stijging te zien tot een maximale score van 7,2. Hierna daalt de score weer constant naar een score van 6 bij sessie negen. Op dit moment van de meting participeren nog tien patiënten.

De score blijft tot sessie 13 constant en varieert minimaal tussen een 6,8 en een 7. Hierna is de eerste significante daling te zien. Tot sessie 14 daalt de score met een waarde van 2 naar 4,8. Hier is één patiënt gestopt die hiervoor hoog scoorde en de lijn constant hield. Bij sessie 14 zijn er vier patiënten die 3,2 of lager scoren, waardoor het gemiddelde omlaag gehaald wordt. Tot sessie 15 stijgt de score weer tot een 6,2. Hier zijn twee laag scorende patiënten met de behandeling gestopt, waardoor het gemiddelde weer hoger wordt. Hetzelfde is van sessie 15 tot 16 waar te nemen. Hier stijgt de score tot een 7,7. Er is één patiënt afgevallen die hoog scoorde. De drie patiënten die nog meedoen, scoren vergeleken met de voorafgaande sessies hoger. Tot sessie 17 is er een extreme daling te zien. De score verlaagd met een verschil van 3,4. In de database is te zien dat er een patiënt met een 0,6 scoort. Hierdoor wordt het gemiddelde verlaagd. Vanaf sessie 18 participeert er nog maar één patiënt. Er is een schommeling te zien. De score stijgt van sessie 18 waar de score een 7,7 naar 9,6 bij sessie 19. De patiënt sluit af met een 6,3, waardoor de lijn met een waarde van 3,3 daalt. Het welbevinden van de patiënt is in het begin en aan het einde van de behandeling erg vergelijkbaar. Er is een minimaal verschil te zien met een daling van 0,1. Echter is dit vergelijk niet betrouwbaar, omdat er nog maar één patiënt participeerde.

Het beloop is redelijk constant en begint pas vanaf sessie 14 te fluctueren. Op dat moment is al meer dan de helft van de participanten met de behandeling gestopt.

Conclusie en discussie

4.1 Conclusie per deelvraag

4.1.1 Deelvraag 1. Eva Bruckhoff

Gemiddeld is er door alle participerende patiënten bij vraag één van de CSRS een score van 8,7 bereikt. De groep met ADHD scoorde gemiddeld 8,3, en de groep met ASS een 8,9. Bij alle pathologiegroepen is een hoge score te zien waaruit de onderzoekers kunnen concluderen dat de patiënten tevreden zijn over hoe de therapeut naar hen heeft geluisterd.
De groep met ASS heeft het hoogst gescoord. Dit zou te maken kunnen hebben met het aantal participanten. De patiënten met ASS vormen de grootste groep. Tot sessie tien neemt nog de helft van de groep aan de behandeling deel. Vanaf sessie 18 wordt er nog maar door één patiënt gescoord. De betrouwbaarheid is hier dus groter dan bij de groep ADHD waar vanaf sessie 14 nog maar één van de zes patiënten participeert.

De onderzoekers gingen in hypothese 1 ervan uit dat er op aspect één van het meetinstrument hoog gescoord zal worden. Alle pathologiegroepen scoren hoger dan een 8, waardoor deze hypothese bevestigd kan worden. In hypothese vijf stelden de onderzoekers het vermoeden dat de groep met ADHD meer fluctuatie zou laten zien in de score. Vergeleken met de groep ASS is dit bij vraag één het geval en kan de hypothese bevestigd worden. De fluctuatie is bij ADHD veel extremer en daalt of stijgt vanaf sessie 14 met grote waarden. Het grootste verschil tussen twee sessies is 8,1. Toch willen wij benoemen dat de fluctuatie vooral aan het einde te zien is, waar er minder patiënten in behandeling zijn dan bij ASS. Dit zou de hypothese afzwakken. De schommeling van de groep ASS is redelijk constant. De score begint vanaf sessie 13 te fluctueren. Hier is het grootste verschil tussen twee sessies maar 2,9.

4.1.2 Deelvraag 2. Anne van der Tuijn

Over het algemeen scoren alle patiënten hoog op vraag twee van de CSRS, met een gemiddelde van 8,5. Er kan geconcludeerd worden dat zij het belangrijk hebben gevonden wat er in de beeldende therapie aan bod is gekomen. De hypothese dat de patiënten relatief hoog scoren wordt hiermee bevestigd. De eerste twee sessies leveren de meeste betrouwbaarheid op, doordat alle 21 patiënten in behandeling zijn. De derde sessie stijgt ten opzichte van de eerste sessie met een waarde van 1,3 naar een score van 9. Mogelijk zijn de eerste twee sessies nodig om contact te maken met de patiënt en af te kunnen stemmen. In alle pathologiegroepen is de helft van de patiënten in sessie tien nog in behandeling. Sessie drie tot en met sessie tien is redelijk stabiel gescoord. De verschillen zijn hier klein, omdat alle groepen boven een 8,4 hebben gescoord. De groep patiënten met ASS bevat het grootste aantal patiënten in behandeling ten opzichte van de groep patiënten met ADHD. De scores van de groep patiënten met ASS is daarom het meest betrouwbaar. In hypothese 4 wordt de meeste fluctuatie verwacht bij de groep patiënten met ADHD. Deze hypothese wordt in dit onderzoek bevestigd ten opzichte van de groep met ASS. Toch staat deze hypothese niet sterk, aangezien de fluctuatie bij de groep patiënten met ADHD oploopt wanneer het aantal patiënten in behandeling afneemt.

Het gemiddelde genomen van alle 19 sessies, scoren de patiënten met ASS het hoogst (9,0), daarna de algemene groep (8,5) en vervolgens de patiënten met ADHD (8,4). Doordat er vanaf sessie veertien nog maar enkele patiënten (5 - <) in behandeling zijn en comorbiditeit aanwezig is, kan gesteld worden dat deze scores niet representatief zijn voor de pathologiegroepen.

4.1.3 Deelvraag 3. Sabrina Klein Breteler

Gemiddeld is er een score van 8,8 gegeven voor deelvraag 3. Onderverdeeld scoorden de patiënten met ADHD een 8,8 en de patiënten met autisme een 9,2. Beide doelgroepen hebben gemiddeld een hoge score gegeven, waaruit we kunnen concluderen dat ze ‘wat er in de beeldend therapeutische behandeling gedaan is’- als fijn ervaren. De doelgroep autisme heeft het hoogst gescoord. Als we kijken naar de duur van het invullen van de vragenlijsten (hoeveel sessies), dan zien we dat er bij sessie 18 nog maar één patiënt is die de vragenlijst heeft ingevuld. Dit ten opzichte van ADHD, waarbij er vanaf sessie 14 nog maar gescoord werd door één patiënt. Qua betrouwbaarheid zijn de resultaten van de doelgroep ‘autisme’ het hoogste. In de derde hypothese is te zien dat de onderzoekers hadden verwacht dat de patiënten goed zouden scoren op deelvraag 3 en dit is uiteindelijk ook uit het onderzoek gebleken. Ook was de verwachting dat kinderen met ADHD meer fluctuatie zouden laten zien ten opzichte van de doelgroep ASS. Hoewel dit in de grafiek van de doelgroep ADHD wordt bevestigd, moet erbij worden gezegd dat de grootste fluctuatie aan het einde van de behandeling te zien is. Dit waar er dus ook minder patiënten in behandeling zijn ten opzichte van ASS. Een duidelijke bevestiging of ontkrachtiging van deze hypothese kunnen we niet stellen, daarvoor zouden de variabelen gelijk moeten zijn (denk hierbij aan; er moeten evenveel patiënten in behandeling zijn gedurende 19 sessies, zowel van de doelgroep ADHD als ASS).

4.1.4 Vergelijking van de CSRS (patiënttevredenheid) met de CORS (welbevinden)

De onderzoekers hebben ervoor gekozen om de uitkomsten van de CORS en CSRS naast elkaar te leggen om te kijken hoe deze in verband staan met elkaar. Hierbij worden de grafieken uit de algemene database gebruikt waarin het beloop van de behandeling van alle

21 patiënten aanschouwelijk is gemaakt. De onderzoekers richten zich op de vierde vraag van het meetinstrument die ingaat op hoe tevreden de patiënt over het algemeen is over zijn persoonlijk leven en over de therapie.
Het gemiddelde van de CORS is 6,7. Het gemiddelde van de CSRS is 8,6. Dit is een verschil van 1,9. Als er gekeken wordt naar de grafieken is te zien dat er bij de CORS meer fluctuatie te zien is. Dit met name vanaf sessie 14. Hier is het verschil tussen de op elkaar volgende sessie groot. Het grootste verschil is een daling met een waarde van 3,3.

Bij de CSRS heeft de grootste uitschieter een waardeverschil van 2,3 en er vindt ook niet zo veel fluctuatie plaats. Het verloop is constanter en tot sessie 10 zijn er nauwelijks schommelingen te zien.

Wat in beide grafieken opvalt, is dat de score meer schommelt hoe minder patiënten participeren.

De onderzoekers nemen aan dat er bij de CORS meer significante fluctuatie te zien is omdat deze lijst vóór de sessie wordt ingevuld. Hierbij kunnen volgens de onderzoekers meerdere factoren van invloed zijn op het welbevinden. Zo is het mogelijk dat de patiënt voor de beeldende therapie een andere behandeling kreeg of dat er voorafgaand een ingrijpende gebeurtenis is geweest, waardoor de patiënt zich niet of juist wel op zijn gemak voelt. De onderzoekers nemen aan dat de schommelingen door dit soort factoren ontstaan.

Verder wordt vermoed dat de CSRS een meer constant verloop toont, omdat de resultaten ná de sessie werden ingevuld. Hier gaat het puur om de tevredenheid over de therapie en er zijn minder externe factoren die de patiënt kunnen beïnvloeden.

Dat de score van de CSRS hoger is dan die van de CORS toont aan, dat de patiënt over het algemeen erg tevreden is over beeldende therapie. De beeldende therapie zou de patiënt leren nieuwe mogelijkheden toe te passen in zijn dagelijks leven waardoor ook het algemeen welbevinden (CORS) zou kunnen stijgen.

4.1.5 Algemene Conclusie

Over het algemeen scoort de pathologiegroep ASS hoger dan ADHD, hoewel het verschil minimaal is. Bij de eerste hypothese gaan we er vanuit dat de patiënten hoog scoren met betrekking op hoe er geluisterd is. Aan de hand van de resultaten kunnen we zien dat dit in het onderzoek bevestigd word. ADHD scoort hier met een gemiddelde score van 8,3 en ASS met een gemiddelde score van 8,9. Bij de tweede hypothese wordt beschreven dat we verwachten dat de patiënten relatief hoog scoren. Ook deze hypothese komt overeen met de resultaten van dit onderzoek. Zo scoort ADHD gemiddeld met een 8,4 en ASS met een 9. De derde hypothese, waar wordt verwacht dat er ook hoog gescoord wordt, sluit ook aan bij de resultaten. ADHD scoort hier met een gemiddelde van 8,8 en ASS met een 9,2. Als we kijken naar de deelvragen één, twee en drie, dan wordt er het hoogst gescoord op deelvraag drie en kunnen we concluderen dat de patiënten erg tevreden zijn over ‘dat wat er in de beeldende therapie’ gebeurt. Op de andere vragen is ook hoog gescoord, waaruit we kunnen concluderen dat ze over de gehele beeldend therapeutische behandeling tevreden zijn.

De verkregen data zijn gedurende het onderzoek inzichtelijk gemaakt en in een database gezet. De therapeuten gaven aan dat het meetinstrument nog niet bij alle patiënten af wordt genomen. Dit zou voor de toekomst betekenen dat de geanalyseerde pathologiegroepen met meer participanten vergroot kunnen worden. De conclusie is dat kinderen en jeugdigen zeer

tevreden zijn over de beeldend therapeutische behandeling en daarnaast levert het onderzoek een basis voor een groter vervolgonderzoek. Dit met meer patiënten en over een langere tijd. Hoe meer participanten deelnemen hoe groter de betrouwbaarheid wordt en hoe krachtiger de resultaten worden. Er is nu al een positieve en erg belovende score waar te nemen. Wanneer meer patiënten vergelijkbare resultaten bereiken, zou dit voor *Karakter* een grote stap naar meer betrouwbaarheid zijn.

Een vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de aan bod gekomen interventies en werkvormen tijdens de sessies. Hierdoor kan onderzocht worden welke aspecten van beeldende therapie werkelijk werken en waar de patiënten het meest over tevreden zijn. Op deze manier kan het behandelprogramma ontwikkeld en verbeterd worden.

4.2 Discussie

Om de discussie overzichtelijker en specifieker te kunnen maken, is deze onderverdeeld in drie kopjes, namelijk:

- De samenstelling van het meetinstrument;
- De hantering van het meetinstrument binnen *Karakter*
- *De CSRS en beeldende therapie*

De samenstelling van het meetinstrument

'De CSRS en CORS is voor kinderen tot en met 12 jaar ontwikkeld. De SRS en ORS is bedoeld voor kinderen van 13 jaar of ouder '(Duncan, Sparks, Miller, Bohanske & Claud, 2006). Binnen dit onderzoek wordt er enkel gebruik gemaakt van de CSRS en de CORS. Deze worden gebruikt bij kinderen en jeugdigen van 9 tot en met 17 jaar. De leeftijd ligt hier hoger dan de leeftijd die normaliter voor de CSRS en de CORS wordt gebruikt, wat het onderzoek minder valide maakt. Toch zijn de datagegevens van de patiënten met een leeftijd van 13 jaar of ouder meegenomen in het onderzoek, omdat het inzicht verschaft in het beloop van de beeldende sessies. Om te weten te komen wat voor invloed deze inclusie heeft op de betrouwbaarheid van het onderzoek, moet dit verder onderzocht worden.
Het is de onderzoekers opgevallen dat bij de antwoorden op de vragen van de CSRS, begrippen worden gebruikt, zoals 'niet altijd' en 'niet zo belangrijk'. Dit in plaats van de begrippen als 'nooit' en 'onbelangrijk'. De onderzoekers geven aan dat er verder onderzoek nodig is om vast te stellen wat deze begrippen concreet inhouden en wat voor invloed deze begrippen hebben op het invullen van de vragen. In de formulering van de vragen wordt er in de CSRS onderscheid gemaakt tussen 'hoe belangrijk" en/of 'hoe (on)prettig' de therapie wordt ervaren. Of kinderen en jeugdigen de begrippen goed begrijpen en of zij dit onderscheid ook kunnen maken, wordt door de onderzoekers in twijfel getrokken. Om hier feitelijke uitspraken over te doen, zal verder onderzoek nodig zijn.

De hantering van de meetinstrumenten binnen de instelling Karakter.
Uit de resultaten van de CSRS kan een conclusie worden getrokken over het perspectief van de patiënt over het beloop van de sessie, maar niet over het functioneren en de professionaliteit van de therapeut. Een lage score kan door de patiënt gegeven worden omdat hij/zij iets niet fijn heeft gevonden, terwijl de therapeut de interventies bewust heeft toegepast ten behoeve van een groeiproces bij de patiënt. Zoals Crouzen (2010) benoemt, zegt een maximale score ook weinig, omdat de patiënt de vragenlijst sociaal wenselijk kan invullen (zie 'nadelen van de CSRS en SRS' op p. 11).

In dit onderzoek hebben de onderzoekers gebruik kunnen maken van de vragenlijsten die ingevuld zijn door de patiënten van drie therapeuten. Er konden vragenlijsten van in totaal 21 patiënten gebruikt worden. Omdat dit een relatief klein aantal is, zou er qua validiteit meer gezegd kunnen worden wanneer het aantal groter zou zijn. Daarnaast zijn de lijsten op verschillende manieren afgenomen. Nabespreking, speciale pennen die ingezet worden ter motivatie, samen de lijsten invullen en dergelijke, zijn mogelijke beïnvloedbare factoren op het invullen van de vragenlijsten.

Op enkele vragenlijsten missen de geboortedatums en sessienummers. Door het missen van bepaalde gegevens op de vragenlijsten kan er niet altijd worden gezegd wanneer de patiënt tijdens de behandeling tevreden of ontevreden is geweest. Ook verschilden sommige vragenlijsten ten opzichte van elkaar. Zo bevatten enkele vragenlijsten een meetlijn die langer is dan tien centimeter. De resultaten hebben de onderzoekers geconverteerd. Wat betreft de scores, zijn er sommige scores afgerond.

De CSRS en beeldende therapie
Het meetinstrument is voor algemeen gebruik ontworpen en niet speciaal voor beeldende therapie. Dit is enerzijds positief, omdat de lijst snel en na elke sessie ingevuld kan worden. Op deze manier wordt er gedurende de behandeling een duidelijk en scherp verloop zichtbaar gemaakt. Dit zou met uitgebreidere meetinstrumenten, die maar een keer in de zoveel tijd ingevuld kunnen worden, mogelijk niet bereikt kunnen worden. Anderzijds suggereren de onderzoekers dat de vragen van de CSRS wat algemeen geformuleerd zijn voor de vaktherapeutische sessies, omdat de vragen vooral gericht zijn op gesprekken, terwijl de kracht van vaktherapie ligt bij het ervaren.

Wanneer er een significante verandering zichtbaar is, kan niet achterhaald worden hoe deze resultaten tot stand zijn gekomen. De CSRS geeft antwoord op ‘wat’ veranderd is, maar niet ‘waarom of waardoor’ deze verandering zichtbaar is geworden.
Wanneer er naar de grafieken gekeken wordt, kan er niet nagegaan worden, of een verhoogde of verlaagde score te maken heeft met een bepaalde methode of interventie binnen beeldende therapie. De therapeuten kunnen in een nabespreking met de patiënt nagaan waaraan het ligt, dat een patiënt hoog of laag gescoord heeft. Hierbij kan er ingegaan worden op werkvormen, de therapeutische houding, de werkwijze en methode. Het beeldende werkstuk van de patiënt kan gebruikt worden als ondersteuning van het gesprek. Doordat deze aspecten niet op papier staan, is het moeilijk om dit proces te achterhalen. Om aan te tonen met welke aspecten van de therapie de patiënt (on)tevreden is, is verder onderzoek nodig.

4.3 Aanbevelingen

Na onderzoek te hebben gedaan met deze meetinstrumenten zijn de onderzoekers in staat om aanbevelingen te geven aan de instelling *Karakter*, zodat er naar een grotere betrouwbaarheid gestreefd kan worden.

Een aantal punten richten zich op het hanteren van de CORS en de CSRS. Omdat deze meetinstrumenten op verschillende manier afgenomen worden, is het aan te raden om een bijscholing voor alle vaktherapeuten te organiseren waarin concrete afspraken worden gemaakt, zoals:

- Het opvolgen van de voorgegeven richtlijnen en instructies voor het afnemen van de lijsten. Let hierbij op de vermelding van het sessienummer, alle lijsten met dezelfde soort pen in laten vullen, maar één streepje op de meetlijn zetten et cetera.);
- Om technische fouten te voorkomen (bijvoorbeeld met het uitprinten van de lijst) zou het invoegen van de cijfers via een applicatie een voordeel zijn. De Therapy Outcome Management System (TOMS) biedt hier de mogelijkheid voor. Daarbij kunnen er variabelen vastgelegd worden. De data wordt alleen opgeslagen wanneer ook daadwerkelijk alle gegevens ingevuld zijn. Ontbreekt er een variabele, dan wordt er een melding zichtbaar. Op deze manier worden de uitkomsten zorgvuldig en betrouwbaar gedocumenteerd;
- Het is wenselijk om naar 100% betrouwbaarheid toe te werken. Hiervoor is het nodig dat met grotere aantallen patiënten gewerkt wordt en dat betekend dat alle therapeuten van *Karakter* met de meetinstrumenten gaan werken;
- Een stappenplan zorgt voor helderheid. Er moet concreet gemaakt worden wat de instelling en de therapeuten over een bepaalde tijd willen bereiken. Wat is het doel over één jaar? Door dit helder te hebben kan er in kleine stappen naar meer betrouwbaarheid gewerkt worden;
- Om naar meer betrouwbaarheid toe kunnen werken zouden de uitkomsten van het onderzoek voorgelegd moeten worden aan het beleidsmanagement van de instelling. Hierdoor kan het proces op weg naar betere kwaliteit beter bewaakt worden;
- Voor een verdiepend vervolgonderzoek zou het wenselijk zijn om de groep die beeldende therapie krijgt met een controlegroep te vergelijken. Een controlegroep die of op de wachtlijst staat of een andere vorm van behandeling krijgt. Op deze manier kan er beter na gegaan worden of beeldende therapie mogelijk meer effect heeft.

Verder richt een deel van onze aanbeveling zich op de uitwisseling tussen studenten en de instelling met het idee dat er een onderzoeks-cultuur ontstaat. Hiervoor is het belangrijk dat het contact tussen de onderzoekers en respondenten goed is.

- Afspraken over uitwisseling en interactie zijn wenselijk. Zo is het prettig om een vaste responstijd te bepalen voor beide partijen. Mogelijk zal het proces hierdoor sneller verlopen;
- Voor het proces van het onderzoek is het belangrijk dat alle therapeuten van *Karakter* betrokken zijn, ook degenen die niet werken met de meetinstrumenten. Hun ervaring en expertise met betrekking tot de doelgroepen kunnen ook meegenomen worden in het verslag;
- Het is wenselijk om de data zo snel mogelijk en compleet door te sturen, zodat er geen kostbare tijd van het onderzoek verloren gaat.

Literatuur

Artikelen:

- Auer, L. & Hoebink, L. (2013). *Van bewijs naar beeld.* Creatieve therapie, beeldend. Hogeschool Arnhem en Nijmegen.
- *Baert, S. (2012)..* Het gebruik van patiëntenfeedback in de klinische praktijk: een nieuw ROM-insturment. *Psychopraktijk*
- Duncan, B., Miller, S., Sparks, J. (2007). Common factors and the uncommon heroism of youth. Psychotherapy in Australia • vol 13 no 2.
- Hafkenscheid, A. (2010) Rammelende ROM in de ggz: geen ROM zonder Routine Process Monitoring. *GZ Psychologie,*8, 5 - 17.

Boeken:

- Kat, F., Beenackers, M. & ter Brugge, W. (2009). Leven met ADHD. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Molen, H. van der., Perreijn, S., Hout, M.A. van den. (2010). *Klinische psychologie*.

  Houten: Noordhoff Uitgevers Groningen

Online artikelen en andere internet bronnen:

- Asselbergs, J. (2013). *Werkgeheugentraining bij kinderen met ADHD. Game over.* Maatwerk. Geraadpleegd op 13-05-2014, gevonden op http://link.springer.com/article/10.1007/s12459-013-0032-1#page-1
- Bilodeau, R. (2008). *L'approche comportementale et l'imitation en art-thérapie. Vers le développement d'une relation thérapeutique avec l'enfant autiste*. Direction du Patrimoine de l'édition. Geraadpleeg op 20-05-2014, van http://ehis.ebscohost.com/eds/detail?vid=5&sid=16e68205-5557-4fe0-9e2e-c2505020054f%40sessionmgr14&hid=4&bdata=Jmxhbmc9bmwmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=edsoai&AN=edsoai.828080504
- Boon, A., Boer, S., de & Ravestijn, E. (2012). De Child outcome rating scale (C-ORS) en de Child session rating scale (C-SRS). *Tijdschrift voor Psychotherapie, 38*(2), 73-87. Doi: 10.1007/s12485-012-0008-y
- Breetvelt, I. (2005) *Evaluatie begeleidingsproject autistische studenten.* SCO-Kohnstamm Instituut. Opgevraagd op 13-05-2014, afkomstig van http://www.appliedscience.nl/doc/Onderwijs_110203_Begeleidingstraject_autistische_studenten.pdf
- Broucke, J.P. van den., Elm, E. von., Altman, D.G., GØtzsche G.C., Mulrow, C.D., Pocock, S.J., …, Egger, M. (2007). *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and Elaboration.* Geraadpleegd op 14-05-2014, van http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0040297
- Bruin, E., de, Ferdinand, R., de Nijs, P. & Verheij, F. (2006) *Comorbide psychiatrische stoornissen bij kinderen met PDD-NOS.* Opgevraagd op 22-05-2014, afkomstig van http://www.wta.nu/wp-content/uploads/2010/11/200601-comorbide-psychiatrische-stoornissen.pdf
- CAGGB (z.d.) *Zorgprogramma Stemmingsstoornissen K&J.* Opgevraagd op 21-05-2013, afkomstig van https://www.praktijkbuitenpost.nl/behandel-aanbod/zorgprogrammas/zorgprogramma-stemmingsstoornissen-kinderen/

- Campbell, A. & Hemsley, S. (2009). Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. *Clinical Psychologist, 13(1),* 1-9. Geraadpleegd op 15-04-2014, afkomstig van: https://heartandsoulofchange.com/content/resources/viewer.php?resource=article&id=24
- Crouzen, M. (2010). *Handleiding Client Directed Outcome Informed (CDOI).* Geraadpleegd op 19 mei, van http://www.stress-management-nl.org/lezingen/27sept2010-crouzen.pdf
- Duncan, B.L., Sparks, J.A., Miller, S.D., Bohanske R.T & Claud, D.A. (2006). *Giving youth a voice: A preliminary study of the reliability and validity of a brief outcome measurement for children, adolescents and caretakers.* Geraadpleegd op 15-04-2014, afkomstig van: https://heartandsoulofchange.com/content/resources/viewer.php?resource=article&id=24
- FVB (2011). *Vaktherapeuten voeren actie tegen bezuinigingen in de GGZ*. Geraadpleegd op 08-03-2014, afkomstig van http://www.platformggz.nl/lpggz/download/extern-persberichten-rapporten-brochures-ea/pb-vaktherapeuten-voeren-actie-tegen-bezuinigingen-ggz-2.pdf
- Gillaerts, K. & Steyaert, J. (2009). *Comorbide neuropsychiatrische stoornissen bij autisme.* Opgevraagd op 21-05-2014, afkomstig van http://www.acco.be/download/nl/23736454/file/tokk_2009-2-web-1-comorbide_neuropsychiatrische_stoornissen_bij_autisme.pdf
- Hafkenscheid, A. (2010). *De Outcome rating scale (ORS) en de Session rating scale (SRS): Enkele psychometrische kenmerken van de Nederlandse versies.* Geraadpleegd op 12-05-2014, van http://link.springer.com/article/10.1007/s12485-010-0173-9#page-1
- Hafkenscheid, A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (2010). *The Outcome and Session Rating Scales: A Cross-Cultural Examination of the Psychometric Properties of the Dutch Translation.* Geraadpleegd op 12-05-2014, van http://scottdmiller.com/wp-content/uploads/JBT%20Hafkenscheid%20Duncan%20%20Miller2.pdf
- Hoop, van der, K.G. (2013). *Psychosociale vaardigheden en ontwikkelingsstoornissen. Autisme comorbiditeit en psychosociale vaardigheden.* Opgevraagd op 21-05-2014, afkomstig van: https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/21002/Scriptierepositorium_O09_K%20GerritsenvanderHoop_s0950394_Scriptie_28-04-2013.pdf?sequence=1
- Mijwaart, J. (2010). *Zo, dat is eruit! Het effect van beeldende groepstherapie op 11-jarige jongens met ADHD.* Opgevraagd op 26-05-2014, afkomstig van http://surfsharekit.nl:8080/get/smpid:38003/DS1/
- Moonen, K. (2013). *Jeugdzorg Actieplan Vaktherapie!* Opgevraagd 16-03-2014, afkomstig van http://www.alumni-cto.nl/han-cto/vaktherapie/447-jeugdzorg-actieplan-vaktherapie.html
- Nederlands Jeugd Institut (2014). *Databank Effectieve Jeugdinterventies.* Afkomstig van http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies, geraadpleegd op 12-05-2014
- Nederlandse medisch centrum (z.d.). *Dysthymie bij kinderen,* opgevraagd op 30-05-2014, afkomstig van http://o.elobot.eu/artikel/dysthymie-bij-kinderen
- Raden van Bestuur K7(2012*). Strategisch Visiedocument.* Geraadpleegd op 23-04-2014, afkomstig van http://netwerk-kjp.nl/data/uploads/visiedocument_k7.pdf
- Reese, R.J., Gillaspy, J.A., Owen, J.J., Flora, K.L., Cunningham, L.C., Archie, D., & Marsden, T.M. (2013). The Influence of Demand Characteristics and Social Desirability

on Clients' Ratings of the Therapeutic Alliance. *Journal Of Clinical Psychology*, 69(7), 696-709. Geraadpleegd op 31 maart 2014, van http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail?vid=4&sid=7697c628-27b5-4715-ae13-aa4ec4cb85a9%40sessionmgr112&hid=116&bdata=Jmxhbmc9bmwmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=edswss&AN=000320130600003

- Reynders, G. (2004). *Beschrijvende Statistiek.* Afkomstig van http://www.dezenne.be/Documents/BeschrijvendeStatistiek.pdf, geraadpleegd op 12-05-2014
- Rijksoverheid (2013). *Jeugdzorg in de wet*. Geraadpleegd op 15-03-2014, afkomstig van www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdzorg/jeugdzorg-in-de-wet
- Ryan N. (2011). *Creativity in Treatment: The Use of Art, Play, and Imagination. International Journal of Psychoanalytic Self Psychology,* 6(127–129), DOI: 0.1080/15551024.2011.531527
- Shaw S.L. & Murray K.W. (2014). *Monitoring Alliance and Outcome with Client Feedback Measures.* Geraadpleegd op 15-04-2014, afkomstig van: http://www.slideshare.net/scottdmiller/alliance-article-shaw-murray-2
- Steunpunt ADHD. *Niet alleen AD(H)D*. Opgevraagd op 21-05-2014, afkomstig van http://www.steunpuntadhd.nl/is-het-adhd/niet-alleen-ad(h)d/
- Uhlig,S. (2014, 11 februari). *Hoorcollege: Onderzoek en methodologie* [powerpoint]. Geraadpleegd op 3 maart 2014, van https://online.han.nl/sites/8-iss-cto-80726/voltijd/hoofdfase3/overdezeowe.aspx
- VAR Limburg (z.d.) *Wat is Evidence Based Practice?* Opgevraagd op 29-05-2013, afkomstig van http://www.varlimburg.nl/?page_id=18
- Wolff, M. D. M. de, van Bakel, H. J. A., van Berkel, D. B., Juffer, F., Rosenbrand, M. D. K., Sterkenburg, M. D. P., ... & Vinke, M. D. J. TNO & CBO (2012). *Richtlijnen Jeugdzorg - Samenvatting Richtlijn Problematische Gehechtheid.* Opgevraagd op 13-05-2014, afkomstig van http://www.psynip.nl/samenvatting-rl-pg-v-28-okt-2012.pdf
- Zorgbelang Gelderland (2013). *Kinder- en jeugdpsychiatrie naar de gemeenten?* Geraadpleegd op 16-03-2014, afkomstig van http://www.zorgbelanggelderland.nl/persberichten/kinder-en-jeugdpsychiatrie-naar-de-gemeenten/

Bijlage 1: *proces*

Aan het begin van het onderzoek hebben we afspraken gemaakt ten opzichte van de *planning*, een *oriëntatie met betrekking tot het onderzoeksonderwerp* en het *contact onderhoud* met de beeldend therapeuten. Anne heeft zich bezig gehouden met de planning, in de vorm van een logboek. Eva heeft de oriëntatie weergegeven in enkele mindmaps en Sabrina heeft voornamelijk het contact onderhouden met de onderzoekers, de docenten en met *Karakter,* met betrekking tot afspraken, vragenlijsten et cetera.

Verder hebben we afspraken gemaakt met betrekking tot de vaste dagen die we aan het onderzoek zouden werken. Zo hebben we ervoor gekozen om elke maandag op school samen te overleggen en samen te werken, dinsdag hebben we de ochtend en het begin van de middag ingepland voor overleg met Bert Henskens en woensdag een volledige dag om ook aan het onderzoek te werken. Donderdag hebben we vrij gehouden voor het werken aan het medium. Vrijdag hebben we aangehouden als vaste dag voor afspraken met Patricia van Deurzen of het werken op de instelling *Karakter,* in Nijmegen.

We hebben gedurende het onderzoek stukken onderverdeeld, zodat iedereen tegelijk aan het werk kon gaan en evenveel zou inbrengen. Zo heeft Eva onder andere de ‘aanleiding’, het stuk over de ‘(C)ORS en de (C)SRS’ en de ‘kwantitatieve variabelen’ geschreven. Anne heeft onder andere het ‘onderzoeksdesign’, ‘deelnemers en setting’ (samen met Sabrina), de ‘voor- en nadelen’ van de instrumenten en ‘praktisch’ geschreven, en Sabrina heeft onder andere het stuk ‘proces’, ‘deelnemers en setting’ (samen met Anne), ‘ROM’ en de ‘hantering’ geschreven. Echter hebben we elkaars stukken nagekeken, daar feedback op gegeven en in overleg aanpassingen uitgevoerd aan elkaars stukken. Sommige stukken (zoals hypothese) hebben we van te voren gezamenlijk besproken en ingevoerd. Wel hebben we individueel literatuur daarbij gezocht om de hypothese te kunnen onderbouwen. We kunnen werkelijk zeggen dat we in het gehele verslag evenveel energie hebben gestopt.

Per deelvraag hebben we de data individueel geanalyseerd en hebben we de deelvragen gekoppeld aan de hypothese. De hypothese hebben we ieder individueel onderbouwd en zijn daar later in een individuele conclusie per deelvraag op terug gekomen. Deze inzichten hebben we vervolgens samen in een algemene conclusie beschreven.

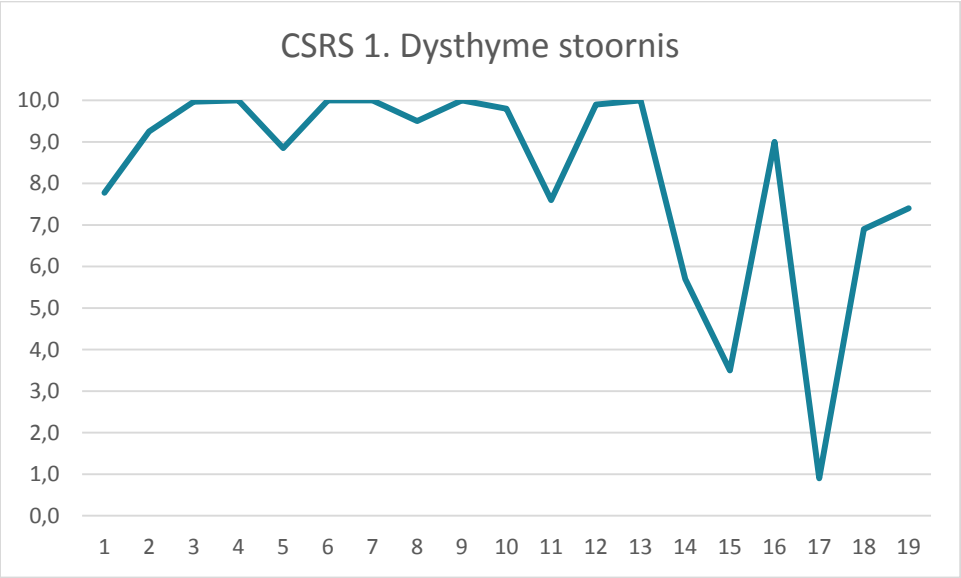
Het doel van elke deelvraag is hetzelfde. Het gaat om het inzichtelijk maken van de patiënttevredenheid. Dit ten opzichte van de vragen die in de vragenlijst staan (dus met betrekking op het ‘luisteren’, het ‘belang’ van wat er in de behandeling is gedaan, en de ervaring van wat er in de behandeling gedaan ‘fijn of niet fijn’).

De discussie hebben we opgedeeld in drie stukken. Ook hierbij hebben we elkaar voorzien van feedback en elkaar aangevuld. Vanuit de discussie zijn een aantal aanbevelingen naar voren gekomen die we samen hebben opgesteld.

Bijlage 2

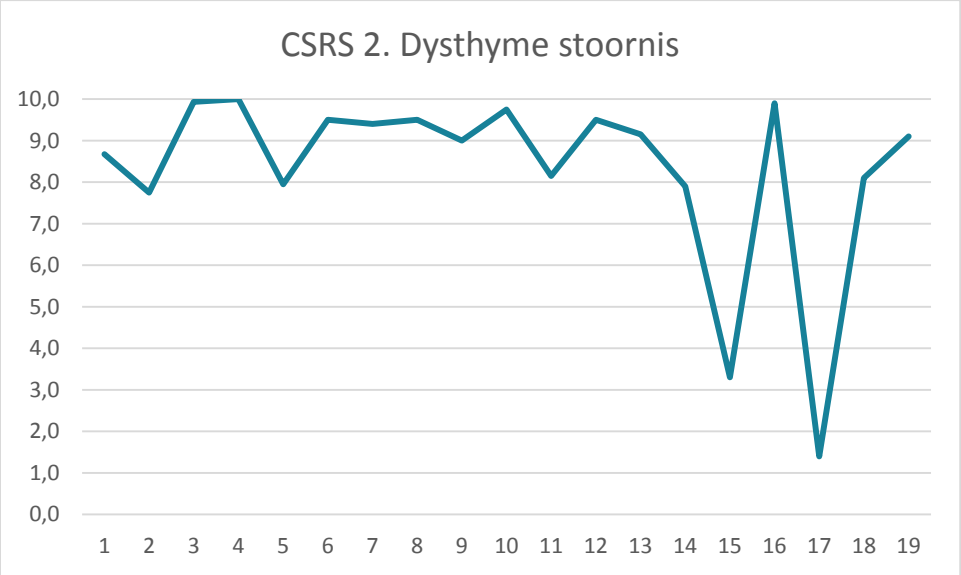
Resultaten dysthyme stoornis

Dysthyme stoornis
Deelvraag 1



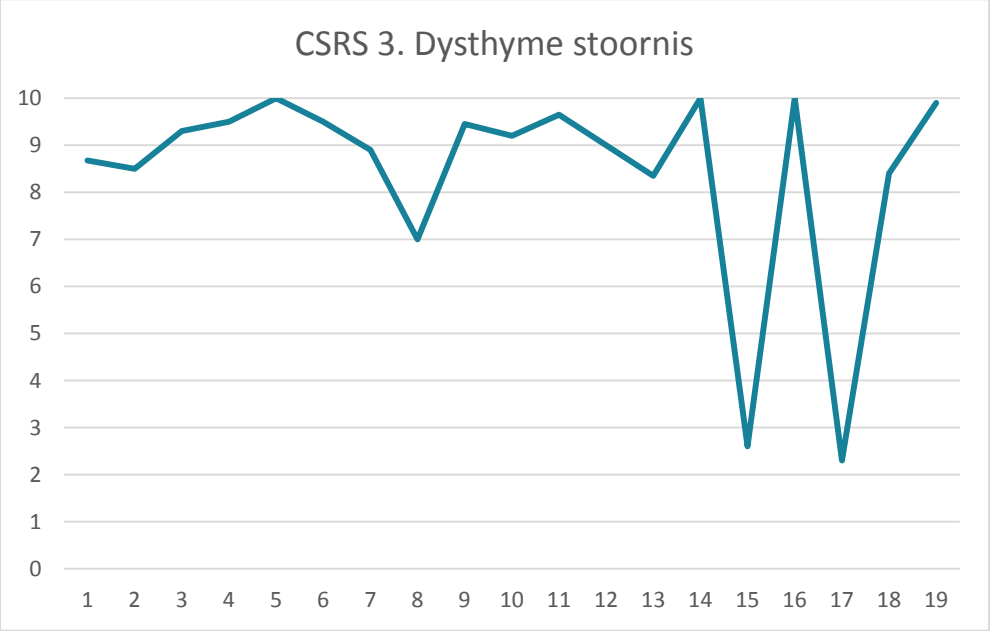
De gemiddelde score in de eerste sessie waar alle vier patiënten behandeld worden laat een 7,8 zien. Tot sessie 2 stijgt de tevredenheid met een waarde van 1,5 naar 9,3. Hierna valt één patiënt af. Bij sessie drie is een maximale score van 10 bereikt. Vanaf sessie vier tot en met sessie 13 doen nog maar twee patiënten mee. Tot sessie tien is er weinig fluctuatie te zien. De scores variëren van een minimale score van 8,9 tot een maximale score van 10 bij sessies 6,7 en 8. Hiernaar zijn er extremere schommelingen waarneembaar. Van sessie tien tot elf daalt de score met een waarde van 2,2 naar een 7,6 waarna het weer stijgt tot een 9,6. Vanaf sessie 13 is de fluctuatie extreem. Uitgaande van een 10 in sessie 13, daalt de score naar een 3,5 in sessie 15. Op dit moment participeert nog maar één patiënt. In de hierop volgende sessie scoort de patiënt weer een 9 en vervolgens daalt de score bij sessie 17 weer naar een 0,9. Hierna gaat de score met een waarde van 6 weer omhoog naar een score van 6,9. De patiënt sluit de behandeling met een 7,4 af. Vergeleken met het gemiddelde in het begin van de meting waar alle vier patiënten meededen, is er geen groot verschil herkenbaar. Gemiddeld geeft de groep met een dysthyme stoornis een 8,2 voor de behandeling.

Dysthyme stoornis
Deelvraag 2



De gemiddelde score van de vier patiënten met een dysthyme stoornis is bij sessie één, een 8,7. Deze daalt naar 7,8 en stijgt tot sessie vier tot een gemiddelde score van 10,0. Vanaf sessie vier zijn er nog twee patiënten in behandeling. In sessie vijf daalt de score naar een 8,0, waarna deze stijgt in sessie zes naar een 9,5. Tussen sessie zes en sessie tien blijft de lijn van de grafiek redelijk constant; de scores zijn hier tussen de 9,0 en 9,8. Vanaf sessie tien is een grotere fluctuatie te zien in de lijn van de grafiek; van 9,8, naar 8,2, naar 9,5 en daalt vervolgens naar een 9,2 in sessie dertien. Vanaf sessie veertien is er nog één patiënt in behandeling die in grote mate wisselend scoort. Van een 7,9 bij sessie 14, scoort de patiënt 3,3 in sessie vijftien, een 9,9 in sessie zestien en scoort vervolgens een 1,4 in sessie zeventien. Vanaf hier is een stijgende lijn te zien, tot 9,1 in de laatste sessie. Vraag 2 van de CSRS is door de pathologiegroep Dysthyme stoornis gescoord met een gemiddelde van 8,3.

Dysthyme stoornis
Deelvraag 3



Er wordt bij sessie 1 gemiddeld 8,6 gescoord. De score daalt iets bij sessie 2 naar een score van 8,5, maar stijgt bij sessie 3 (9,3) t/m sessie 5 (10). Bij sessie 7 wordt gescoord met een 8,9 en bij sessie 8 is er een daling te zien. Hierbij scoort een patiënt met een 5. Na sessie 8 is er weer een stijging te zien bij sessie 9 wat wordt gevolgd door minimale afwisselende scores. Wat opvalt, is dat er vanaf sessie 14 afwisselend extreme scores te zien zijn. Bij sessie 14 is een score van 10 weergegeven en bij sessie 15 een score van 2,6. Vanaf sessie 14 is er één patiënt in behandeling en de scores zijn dus van deze afhankelijk. Bij sessie 16 wordt er gescoord met een 10 en daalt weer bij sessie 17 naar een 2,3. Vervolgens stijgt de lijn bij sessie 18 naar een 8,4 als score en eindigt bij sessie 19 met een 9,9. De gemiddelde score onder kinderen met een dysthyme stoornis is 8,4.

Conclusie
Deelvraag 1:
Met een gemiddelde score van 8,2 kan geconcludeerd worden dat de groep met een dysthyme stoornis vindt dat de therapeut goed heeft geluisterd. Als er gekeken wordt naar de andere pathologiegroepen is te zeggen dat deze groep het laagste scoort, wel valt op dat het verschil met de groep ADHD (die een 8,3 scoort) en ASS (8,9) echter heel klein is. De onderzoekers veronderstelden in hypothese 5 dat er een constante score te zien zal zijn bij de groep met een dysthyme stoornis. Het valt op, dat de score erg lijkt op die van de groep ADHD. De fluctuatie begint bij dezelfde sessie (14) en heeft evenveel uitschieters. Er worden ook dezelfde scores bereikt. Uit de database is te halen dat het hier gaat om een patiënt met een comorbiditeit van ADHD en dysthyme stoornis. Hij vertegenwoordigt bij beide pathologiegroepen de laatste participerende patiënt, waardoor de resultaten dezelfde zijn.

Vóór sessie veertien schommelt de score van de groep met een dysthyme stoornis meer, vergeleken met ADHD waarbij de lijn constant verloopt. Dit zou eraan kunnen liggen dat bij de groep dysthyme stoornis maar vier patiënten participeren, waarvan de helft bij sessie vier stopt. Vergeleken met ADHD is dit geen representatieve groep. Het resultaat is minder betrouwbaar, omdat een kleine groep de uitkomsten bepaalt. Hypothese 5 kan niet bevestigd worden.

Deelvraag 2:
De patiënten met een dysthyme stoornis scoren hoog op vraag 2 van de CSRS, met een gemiddelde van 8,3. Hierdoor wordt hypothese twee bevestigd. Er kan geconcludeerd worden dat zij het belangrijk hebben gevonden, wat er in de beeldende therapie aan bod is gekomen. In vergelijking met de andere groepen laat de groep kinderen en jeugdigen met een dysthyme stoornis meer fluctuatie zien. Hypothese 4, waar de meeste fluctuatie wordt verwacht bij de groep patiënten met ADHD, wordt hiermee ontkracht. Vanaf sessie vier zijn er 1 tot 2 patiënten gemeten, waardoor hun uitkomsten erg bepalend zijn. De grote fluctuatie zou te maken kunnen hebben met het kleine aantal patiënten in behandeling en comorbiditeit. De betrouwbaarheid is te laag en daarom niet representatief voor kinderen en jeugdigen met een dysthyme stoornis. Het gemiddelde genomen van alle 19 sessies, scoren de patiënten met een dysthyme stoornis het laagst (8,3) ten opzichte van de andere patiëntgroepen.

Deelvraag 3:
De pathologiegroep ‘dysthyme stoornis’ heeft hoog gescoord met een gemiddeld cijfer van 8,4. In verhouding met de andere pathologiegroepen scoort deze groep wel lager (ADHD 8,8 en ASS 9,2) en is er over het algemeen ook veel fluctuatie te zien. Echter zijn deze groepen moeilijk te vergelijken doordat er in deze pathologiegroep maar vier patiënten in behandeling zijn (zie beschrijving aantal patiënten bij conclusie deelvraag 1). De onderzoekers hadden in de hypothese beschreven dat zij een constante scoren van deze doelgroep verwachtte. Deze verwachting sluit niet aan bij de uitkomsten van dit onderzoek. Er zijn juist veel fluctuaties te zien. Hoewel de extreme scores bij één patiënt vandaan komen, is het toch opmerkelijk dat de scores zo variëren.

Bijlage 3

Vragenlijst met betrekking op de ORS en de SRS
Naam therapeut:
Hoe vinden jullie het om de ORS en de SRS te gebruiken? Indien u deze niet gebruikt, wat heeft u tot deze keuze gebracht?
Heeft u de training m.b.t. het gebruik van de ORS en de SRS gevolgd? (Of handleiding?)
Waar bestond deze training/handleiding uit? Waar heeft u het meest aan gehad?
Hebben jullie met elkaar dilemma's of vragen kunnen bespreken? Bijv. In een vergadering.
Zou er volgens u een logisch verband kunnen zijn tussen de manier waarop de patiënt beeldend werkt/handelt en de manier waarop de patiënt de vragenlijst invult? Denk aan problematiek.
Wat heeft u gemerkt bij patiënten? Wat vinden zij van het invullen van de vragenlijsten?
Zijn er rituelen voor het invullen?

Hoeveel tijd neemt u voor het invullen?
Neemt u ook tijd voor het nabespreken van de vragen? Hoeveel tijd?
Welke betekenis heeft het invullen van de vragenlijst voor de sessie of voor de patiënt?
Wat vindt u van het feit dat het beeldende medium geen onderdeel is van de lijst?

Bijlage 4

De CORS

Cliëntgestuurde effectiviteitmeting in thuisbegeleiding - Bijlage 1

Child Outcome Rating Scale: Hoe gaat het met jou?

Naam: _____

Leeftijd:___ jaar Geslacht: M / V

Datum: ___ (dag) _____ (maand) 20___ (jaar) Behandelcontact nr.____

Bent u de ouder of verzorger, vult u dan het formulier is zoals u denkt hoe het kind het doet.

We willen graag weten hoe het met jou gaat en hoe de dingen in jouw leven gaan. Zet op elke lijn een kruisje. Hoe dichter het kruisje bij het lachende gezichtje, hoe beter het gaat. Dichter bij het verdrietige gezichtje betekent dat het minder goed gaat.

Ik
(Hoe gaat het met mij?)

|----------|

Thuis
(Hoe gaan de dingen thuis?)

|----------|

School
(Hoe gaat het met mij op school?)

|----------|

Alles
(Hoe gaat alles bij elkaar?)

|----------|

Institute for the Study of Therapeutic Change www.talkingcure.com
© 2000, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson
vertaling V.4.0: Frank [illegible], Mark [illegible] & Flip Jan van Oenen
Email: vertaling@yahoo.com

Licensed for personal use only 3

De ORS

Cliëntgestuurde effectiviteitmeting in thuisbegeleiding - Bijlage 1

Outcome Rating Scale: Hoe gaat het met u?

Naam: _____

Leeftijd:___ jaar

Datum: ___ (dag) _____ (maand) 20___ (jaar) Behandelcontact nr.____

Vult u dit formulier voor uzelf in? ja / nee Indien voor een ander: wat is uw relatie met deze persoon? _____

Hoe is het met u gegaan de afgelopen week, of sinds het laatste behandelcontact - inclusief vandaag -?
Zet op elke lijn een kruisje.
Links is 'laag' en rechts is 'hoog'.

Individueel
(persoonlijk welbevinden)

|----------|

Relationeel
(familie, intieme vrienden)

|----------|

Sociaal
(werk, opleiding, sociale contacten)

|----------|

Algeheel
(algemeen welbevinden)

|----------|

Institute for the Study of Therapeutic Change www.talkingcure.com
© 2000, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson
vertaling V.4.0: Frank [illegible], Mark [illegible] & Flip Jan van Oenen
Email: vertaling@yahoo.com

Licensed for personal use only

1

De CSRS

Child Session Rating Scale: Hoe vond je het vandaag hier?

Naam: _____

Leeftijd:___ jaar Geslacht: M / V

Datum: ___ (dag) _____ (maand) 20___ (jaar) Behandelcontact nr.____

Hoe vond je het om vandaag hier te zijn? Zet een kruisje op elke lijn om ons te laten weten hoe je het vond.

Luisteren

_____ luisterde niet altijd naar me. |----------| _____ luisterde naar me.

Hoe belangrijk

Wat we hebben gedaan en waar we over hebben geprast was niet zo belangrijk voor mij. |----------| Wat we hebben gedaan en waar we over hebben geprast was belangrijk voor mij.

Wat we hebben gedaan

Ik vond wat we vandaag hebben gedaan niet fijn |----------| Ik vond wat we vandaag hebben gedaan fijn.

Alles bij elkaar

Ik zou willen dat we iets anders konden gaan doen. |----------| Ik hoop dat we de volgende keer dezelfde soort dingen gaan doen.

Institute for the Study of Therapeutic Change www.talkingcure.com
© 2000, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson
vertaling V.4.0: Frank Agnus, Mark Grouzen & Flip Jan van Oenen
Email: vertaling@yahoo.com

Licensed for personal use only

De SRS

Cliëntgestuurde effectiviteitmeting in thuisbegeleiding - Bijlage 1

Session Rating Scale: Hoe vond u de bijeenkomst?

Naam: _____

Datum: ___ (dag) _____ (maand) 20___ (jaar) Behandelcontact nr.____

Zet op elke lijn een kruisje bij de beschrijving die het beste past bij uw gevoel.

Relatie

Ik voelde me *niet* gehoord, begrepen en gerespecteerd. |----------| Ik voelde me gehoord, begrepen en gerespecteerd.

Doelen en Onderwerpen

We hebben *niet* gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten. |----------| We hebben gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten.

Aanpak en/of Werkwijze

De manier van werken van mijn behandelaar paste *niet* goed bij mij. |----------| De manier van werken van mijn behandelaar paste goed bij mij.

Algeheel

Er miste iets in het behandelcontact vandaag. |----------| Over het geheel genomen vond ik het behandelcontact van vandaag in orde.

Institute for the Study of Therapeutic Change www.talkingcure.com
© 2000, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson
vertaling V.4.0: Frank Asmus, Mark Creuzen & Flip Jan van Oenen
Email: vertaling@yahoo.com

Licensed for personal use only

2