

Het adviesgesprek in de Nederlandse jeugd-geestelijke gezondheidszorg: een inventarisatie

G.M.A. WESTERMANN, F. VERHEIJ

SAMENVATTING Een enquête onder sleutelfiguren uit alle 51 jeugd-ggz-instellingen, van wie er 48 reageerden, bevestigde de veronderstelling dat in de Nederlandse jeugd-ggz adviesgesprekken vrijwel niet op een gestandaardiseerde wijze plaatsvinden. Uit de reacties blijkt dat in dit werkveld ruime belangstelling bestaat voor een wetenschappelijk gefundeerde, methodische wijze van advisering. Op basis van deze enquête, literatuuronderzoek en consensusbesprekingen werd een protocol voor het adviesgesprek in de jeugd-ggz ontwikkeld.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)5, 333-338]

TREFWOORDEN adviesgesprek, enquête, jeugd-ggz

In de jeugd-geestelijke gezondheidszorg (jeugd-ggz) worden diagnostische processen en behandelingen steeds meer volgens vaststaande procedures en richtlijnen uitgevoerd (zie www.kenniscentrum-kjp.nl; Prins & Pameijer 2000). Het proces van advisering, de schakel tussen diagnostiek en behandeling, heeft hoogstwaarschijnlijk een minder vast stramien. Adviesgesprekken maken deel uit van de fase van behandelings- en begeleidingsplanning (Pameijer & Van Beukering 2004; Verheij 2006). Onder adviesgesprek verstaan wij in dit geval het gesprek dat plaatsvindt met de patiënt en zijn of haar ouders of begeleiders ter afronding van het diagnostisch proces. Ten eerste geven de hulpverleners hierbij op geïntegreerde wijze informatie over de onderscheidende en verklarende diagnose, over de indicatiestelling en de aanbevelingen. Ten tweede overleggen zij tijdens dit gesprek met de hulpvragers om tot overeenstemming te komen over het advies en de voorkeuren van de hulpvragers om vervolgens tot een concrete invulling van het gekozen advies te komen (De Bruyn e.a. 2005).

Klinisch en wetenschappelijk inzicht in het effect van de adviesfase op de uitkomst van zorg

neemt toe. De hulpverlener dient de informatie begrijpelijk te formuleren, waarbij een koppeling tussen de professionele gezichtspunten en de perspectieven van de hulpvragers tot stand komt. De informatie kan men het beste ondersteunen door schriftelijke of visuele hulpmiddelen. Flexibiliteit in informatieverstrekking, besluitvorming en interactie is noodzakelijk (Kiesler & Auerbach 2006). Trevena e.a. (2006) concluderen vanuit een systematisch overzicht dat gestructureerde, interactieve, op de patiënt toegespitste hulpmiddelen of methoden voor kennisoverdracht en besluitvorming tijdens de adviesfase het effectiefst lijken.

Het is niet bekend hoe in de Nederlandse jeugd-ggz over het algemeen adviesgesprekken worden gevoerd. Een wetenschappelijk onderbouwde, gestandaardiseerde adviseringsprocedure bestaat evenmin. De kwaliteit van de adviesgesprekken hangt waarschijnlijk vooral af van de kennis en kunde van de hulpverlener die het adviesgesprek voert en van de beschikbare tijd.

Deze constatering heeft geleid tot het besluit om voor de jeugd-ggz een adviseringsprocedure te ontwikkelen en empirisch te toetsen. Een derge-

lijke procedure om hulpvragers effectief en doelmatig te informeren over de uitgevoerde diagnostiek en te adviseren over de behandeling moet voldoen aan wettelijke, professionele en maatschappelijke maatstaven en moet recht doen aan het patiënten- of cliëntenperspectief. Tegenwoordig vinden advisering en planning in nauw overleg met de hulpvragers plaats, met een evenwichtige inbreng van alle partijen (Verheij 2005; Maurer & Westermann 2007).

Een gefundeerde, methodische handelwijze vergroot de kans dat men voldoet aan de kwaliteitseisen die gelden voor voorlichting, advisering, informatie-uitwisseling en gezamenlijke besluitvorming (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst of WGBO 1995; Kwaliteitswet Zorginstellingen 1996; Richtlijn voorlichting patiënten geestelijke gezondheidszorg 1999).

De vormelijke aspecten, zoals wettelijke bepalingen, lenen zich meer voor standaardisatie dan de inhoudelijke aspecten, zoals de onderlinge afstemming. De Bruyn e.a. (2005) noemen dat respectievelijk de methodologische en professionele voorwaarden van advisering. De hulpverlener dient controleerbaar en inzichtelijk antwoord te geven op hulpvragen en moet de aanbevelingen aantoonbaar kunnen verantwoorden. Tegelijkertijd dient hij of zij te beschikken over professionele communicatieve en relationele vaardigheden. Gezien de omvang van de informatie zal dikwijls meer dan één gesprek nodig zijn.

De gestandaardiseerde adviseringsprocedure moet idealiter het inhoudelijke proces zo goed mogelijk ondersteunen en moet tegelijkertijd bevorderen dat men voldoet aan de vormeisen. Het flexibel kunnen toepassen is daarom een voorwaarde. Omstandigheden variëren immers, evenals de hulpvragers en hulpverleners die aan adviesgesprekken deelnemen. Met de term 'gestandaardiseerd' wordt in dit geval bedoeld dat vooral de vorm en de samenstelling vaststaan.

Als eerste stap van dit onderzoek hebben wij in het voorjaar van 2007 bij de Nederlandse jeugd-ggz-instellingen navraag gedaan naar hun opvattingen over en werkwijze bij advisering. Tevens is

de behoefte van het werkveld aan een gestandaardiseerde methode gepeild. In dit artikel doen wij verslag over deze enquête.

LANDELIJKE INVENTARISATIE

Methode

Ons uitgangspunt was om alle jeugd-ggz-instellingen in Nederland bij de inventarisatie te betrekken. Gegevens uit internetbestanden en adresgidsen voor dit werkveld werden gebruikt om een zo volledig mogelijk overzicht te verkrijgen. Dit resulteerde in een lijst met 51 instellingen. Van elke instelling gingen wij na wie het meeste zicht had op de uitvoering van adviesgesprekken in de eigen instelling en aan elk van hen werd een vragenlijst gestuurd. Door middel van een codering was het mogelijk na te gaan welke instellingen repondeerden.

Indien na vier weken geen reactie was ontvangen, werd een herinneringsbrief verstuurd. Indien drie weken later evenmin een reactie was ontvangen, werd telefonisch contact gezocht met het verzoek alsnog te reageren.

Beantwoording vond plaats via het aankruisen van antwoordcategorieën en via vrije tekst. Onderwerpen die werden gemist, kon men toevoegen. De gegevens werden niet herleidbaar verwerkt.

Vraagstelling

Op grond van literatuuronderzoek en klinische ervaring werd een vragenlijst over advisering in de jeugd-ggz samengesteld.

Met de vragenlijst wilden wij een antwoord krijgen op de volgende vragen: (a) In welke mate vinden in de Nederlandse jeugd-ggz adviesgesprekken op gestandaardiseerde wijze plaats? (b) Welke onderdelen maken in welke mate deel uit van de adviesgesprekken in de Nederlandse jeugd-ggz? (c) Bestaat belangstelling voor een gestandaardiseerd adviesgesprek bij de Nederlandse jeugd-ggz-instellingen?

TABEL 1 Verdeling van de wijze waarop men adviesgesprekken voerde in 48 instellingen, volgens enquête

Adviesgesprek vindt plaats:	aantal (in %)
op verschillende manieren, volgens eigen inzicht van hulpverlener	67
altijd op gestandaardiseerde manier	4
soms op gestandaardiseerde manier, soms op verschillende manieren	25
niet ingevuld	4

Indien een instelling aangaf met gestandaardiseerde advisering te werken, vroegen wij de methode daarvan met de vragenlijst mee te sturen teneinde deze te kunnen benutten bij het verdere onderzoek.

Resultaten

Van de 51 verstuurde vragenlijsten werden 2 lijsten niet retour ontvangen en 1 respondent gaf aan te kort werkzaam te zijn om de vragen te kunnen beantwoorden. Derhalve waren 48 lijsten (94%) bruikbaar. Een klein aantal onderdelen bleek niet ingevuld. Het percentage hiervan staat in de tabellen vermeld.

In tabel 1 staat in hoeverre de instellingen aangaven altijd, in sommige gevallen of nooit gestandaardiseerd te adviseren. Uit de antwoorden bleek dat twee derde van de instellingen op verschillende manieren, volgens eigen inzicht van de betrokken hulpverlener, adviseerde. Van de instellingen gebruikten er 12 (25%) soms een gestandaardiseerde manier en 2 instellingen (4,2%) hanteerden altijd een standaardmethode. Van 2 instellingen ontbrak dit gegeven.

Geen van de instellingen die (soms) een gestandaardiseerde manier hanteerde, had een richtlijn meegestuurd. Als reden gaf men aan dat de methode niet op papier of in documentvorm voorhanden was of variabel werd toegepast. Eén instelling had haar richtlijn (op een A4) voor artsen over adviesgesprekken op de polikliniek meege-

stuurd. Deze richtlijn ging vooral in op vorm- en communicatieaspecten. Een respondent van een andere instelling vermeldde dat alle medewerkers een niet nader omschreven bijscholing over het voeren van een adviesgesprek hadden gevolgd. Onbekend was of iedereen in de instelling deze methodiek toepaste.

De 'agenda' van het adviesgesprek

Van 23 items werd nagevraagd in hoeverre ze bij de medewerkers van de instelling een vast onderdeel vormden van een adviesgesprek (tabel 2). Uit de reacties bleek dat geen van de items altijd bij iedereen aan de orde kwam.

Een aantal respondenten noemde de setting, de indicatie of de leeftijdscategorie dan wel het begripsvermogen van het kind of de jeugdige bepalend voor hun keuze.

Psycho-educatie, de klachtenregeling en het beleid bij het niet verschijnen op afspraken werden als aanvullend onderwerp voor het adviesgesprek genoemd.

Als we de percentages van de items waarvan per instelling werd aangegeven dat alle hulpverleners ze altijd aan de orde stelden, optelden, gaf dit de volgende 'top 10': het behandelingsadvies (81%), de behandelingsdoelen (69%), de beschrijvende diagnose (67%), de afspraken (65%), de hulpvragen van de ouders en de behandelingsopties (56%), de wachttijd (50%), de DSM-IV-classificatie (46%), de gebruikte diagnostiekmethoden en toelichting van de relatie tussen de diagnostiek en het behandelingsadvies (42%) en de gebruikte informatiebronnen (40%). Ook de eerste reactie van de hulpvragers (38%), de hulpvragen van het kind (35%) en de verwachtingen van de ouders (31%) kwamen bij ongeveer een derde van alle hulpverleners nog standaard aan bod. De overige items kwamen minder aan bod (25% of minder). Deze betroffen: de eigen financiële bijdrage (25%), de verwachtingen van het kind (21%), de hulpvragen van de verwijzer (17%), de verwachting van de verwijzer en de wetenschappelijke onderbouwing van de behandelingsopties (15%), de risico's van de behande-

TABEL 2		De mate (in %) waarin diverse items standaard deel uitmaken van de agenda van het adviesgesprek in de jeugd-ggz, blijkens enquête*				
onderwerp	bij niemand	bij sommigen	bij de helft	bij de meesten	bij allen	niet ingevuld
verwachtingen ouders	2	8	2	54	31	2
verwachtingen kind	2	15	15	46	21	2
verwachtingen verwijzer	4	33	17	29	15	2
hulpvragen kind	0	6	10	46	35	2
hulpvragen ouders	0	4	2	38	56	0
hulpvragen verwijzer	0	23	19	42	17	0
gebruikte informatiebronnen	0	4	15	42	40	0
gebruikte diagnostiekmethoden	0	2	15	40	42	2
beschrijvende diagnose	0	2	2	29	67	0
DSM-IV-classificatie	0	10	17	27	46	0
behandelingsdoelen	0	0	2	27	69	2
behandelingsopties	0	8	19	15	56	2
evidentie behandelingsopties	4	38	13	27	15	4
risico's behandelingsopties	2	40	19	25	8	6
behandelingsadvies	0	0	2	17	81	0
toelichting relatie diagnostiek-behandelingsadvies	0	8	10	40	42	0
speciale uitleg aan het kind	2	17	17	48	17	0
eerste reactie hulpvragers	0	6	2	46	38	8
afspraken	0	2	2	29	65	2
wachttijd	0	4	6	40	50	0
eigen financiële bijdrage	21	23	10	21	25	0
patiëntenorganisaties	2	54	23	19	2	0
websites, folders, literatuur	0	38	29	25	8	0

*De percentages geven de cumulatieve verdeling van de reacties van de 48 instellingen weer; door afronding naar hele procenten is het totaal per item niet altijd exact 100%.

lingsopties en ten slotte de websites, folders en literatuur (8%) en patiëntenorganisaties (2%).

Als we de antwoordcategorieën 'bij de meesten' en 'bij allen' bij elkaar optelden en dit percentage beschouwden als de mate waarin het overgrote deel van de hulpverleners het betreffende item aan bod liet komen in een adviesgesprek, dan zouden de meeste onderwerpen in ongeveer twee derde van de gevallen besproken worden. Duidelijk minder aan bod kwamen: de eigen financiële bijdrage (46%), de verwachtingen van de verwijzer (44%), de wetenschappelijke onderbouwing (42%) en de risico's (33%) van de behandelingsopties. Dit gold ook voor het noemen van een website, folders en literatuur (33%) en het sterkst voor de patiëntenorganisaties (21%).

Als we de categorieën 'bij niemand' en 'bij sommigen' samennamen, dan zou de 'top 10' van relatief weinig besproken onderwerpen er als volgt

uitzien: de patiëntenorganisaties (56%), de eigen financiële bijdrage (44%), de wetenschappelijke onderbouwing en de risico's van de behandelingsopties (42%), wijzen op websites, folders en literatuur (38%), de verwachting (37%) en de hulpvragen (23%) van de verwijzer, de speciale uitleg (19%) aan en verwachtingen (17%) van het kind, de verwachtingen van de ouders en de DSM-IV-classificatie (10%) en de behandelingsopties en de toelichting van de relatie tussen de diagnostiek en het behandelingsadvies (8%).

Belangstelling voor standaardiseren

De vraag of belangstelling bestaat voor een gestandaardiseerd adviesgesprek werd door 38 (79%) respondenten positief en door 5 (10%) negatief beantwoord; 5 (10%) respondenten hadden deze vraag niet beantwoord. Een aantal respon-

denten onderstreepte het belang van een meer gestructureerde wijze van adviseren.

BESPREKING

Bij de beschouwing van de beschreven uitkomsten moet men bedenken dat deze de indruk weergeven die de respondenten hebben over de handelwijze in hun instelling. Of zij voldoende zicht hebben op de werkwijze van hun collega's is niet na te gaan. Deze impressie weerspiegelt mogelijk eigen opvattingen over de gewenste gang van zaken. Wellicht is beter in te schatten of bepaalde onderdelen (bijna) nooit of (bijna) altijd aan de orde komen dan tussenliggende frequenties. Of dit beeld overeenkomt met de werkelijke wijze van adviseren in de Nederlandse jeugd-ggz is daarom niet vast te stellen. Tegelijkertijd is de respons hoog en in die zin representatief voor het (mogelijk gewenste) beeld dat een aantal 'sleutelfiguren' in de Nederlandse jeugd-ggz heeft van in elk geval de lokale vormgeving van de adviesgesprekken.

Over het algemeen bespreekt het overgrote deel van de hulpverleners veel onderwerpen. In hoeverre deze onderwerpen in meer dan één adviesgesprek aan bod komen, is niet bekend. In 80 tot 90% van de gevallen passeren de hulpvragen, de verwachtingen, de diagnostische bronnen en methoden, de beschrijvende diagnose en de classificatie, een behandelingsadvies op basis van de diagnose, de reactie van de hulpvragers, eventueel een speciale uitleg aan het kind, de wachttijden en de afspraken de revue. Het is heel wel mogelijk dat andere onderwerpen in een volgende fase van zorg aan bod komen. Selectie en dosering van informatie en goede 'timing' zijn inherent aan effectieve communicatie.

Met de nodige voorzichtigheid kan men het opvallend noemen dat de wetenschappelijke onderbouwing en de risico's van de behandelingsopties relatief minder vaak worden besproken dan andere items. Dit gegeven vraagt aandacht aangezien de bepalingen van de WGBO dit wel verlangen. Vanuit onderzoek wordt bepleit de voor- en

nadelen van behandelingsadviezen aan hulpvragers duidelijk te maken, zodat zij een afgewogen keuze kunnen maken (zie: Epstein e.a. 2004). Sommige respondenten geven aan dat de risico's vooral aan bod komen als zij medicatie adviseren. Hoewel van vele interventies de wetenschappelijke onderbouwing niet direct beschikbaar is, mag men klinische ervaring vaak wel aanwezig achten. Het lijkt dat de hulpverleners die kennis minder stelselmatig bespreken.

BESLUIT

Deze enquête laat zien dat naar de inschatting van een groot aantal sleutelfiguren in dit werkveld adviesgesprekken weinig volgens een standaard worden uitgevoerd en dat de 'agenda' varieert per instelling. De belangstelling bij hen voor een gestandaardiseerd adviesgesprek is groot. Een aantal respondenten constateert dat aandacht voor de adviesfase in de eigen instelling geboden is.

Op grond van de uitkomsten van deze enquête en het literatuuronderzoek is een concept-adviseringsprocedure ontworpen. Via consensusbesprekingen met experts en directe belanghebbenden (patiëntenorganisaties) volgens de Delphi-methode (Bastiaansen & Robbroeckx 1994) is een definitieve versie tot stand gekomen. Deze procedure biedt de hulpverlener een semi-gestructureerde leidraad ten behoeve van de gesprekken en een gestructureerd rapportageformulier. De procedure voorziet ook in een schriftelijke toelichting voor de hulpvrager.

Deze adviseringsprocedure wordt inmiddels via een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek in twee centra voor jeugd-ggz getoetst. De resultaten van dit onderzoek zullen naar verwachting in de loop van 2009 beschikbaar komen. Dan zal blijken of deze methodische wijze van adviseren in de jeugd-ggz een kwaliteitsverbetering betekent.

 In herinnering aan Wim Trijsburg, hoogleraar Psychotherapie aan de afdeling Medische Psychologie en Psychotherapie Erasmus Universiteit Rotterdam voor zijn inspirerende bijdrage aan dit onderzoek.

LITERATUUR

- Bastiaensen, P.A.C.M., & Robbroeckx, L.H.M. (1994). Kenmerken en toepassingen van de Delphi-methode als onderzoekstechniek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 33, 284-294.
- Bruyn, E.E.J. De, Ruijsenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K. e.a. (2005). De diagnostische cyclus. Een praktijkleer. Leuven/Voorburg: Acco.
- Epstein, R.M., Alper, B.S., & Quill, T.E. (2004). Communication evidence for participatory decision making. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 2359-2366.
- Kiesler, D.J., & Auerbach, S.M. (2006). Optimal matches of patient preferences for information, decision making and interpersonal behaviour: Evidence, models and interventions. *Patient Education and Counseling*, 61, 319-341.
- Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996). Staatsblad 185. Den Haag: Sdu.
- Maurer, J.M.G., & Westermann, G.M.A. (2007). Beter communiceren in de hulpverlening. Het dialoogmodel als leidraad. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1999). Richtlijn voorlichting patiënten geestelijke gezondheidszorg. Amsterdam: Boom.
- Pameijer, N., & van Beukering, T. (2004). *Handelingsgerichte diagnostiek. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsproblemen*. (2de druk). Leuven/Voorburg: Acco.
- Prins, P., & Pameijer, N. (2000). *Protocolen in de Jeugdzorg. Richtlijnen*

voor diagnostiek, indicatiestelling en interventie. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Trevena, L.J., Davey, H.M., Barrat, A., e.a. (2006). A systematic review on communication with patients about evidence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 13-23.
- Verheij, F. (2006). *Behandelingsplanning. Behandelingskeuze in jeugdzorg en speciaal onderwijs*. Amsterdam: SWP.
- Verheij, F. (2005). *Overeenstemming oftewel behandelingsplanning*. In F. Verheij e.a. (redactie). *Integratieve kinder- en jeugdpsychotherapie*. (pp. 205-207). Assen: Van Gorcum.
- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. (1995). *Burgerlijk Wetboek*. Den Haag: Sdu.

AUTEURS

G.M.A. WESTERMANN is als kinder- en jeugdpsychiater verbonden aan Orbis Geestelijke Gezondheidszorg (Prins Claus Centrum) te Sittard.

F. VERHEIJ is hoogleraar Klinische Kinder- en Jeugdpsychiatrie en hoofd Patiëntenzorg aan het Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam.

Correspondentieadres: drs. G.M.A. Westermann, Orbis Geestelijke Gezondheidszorg, Postbus 5500, 6130 MB Sittard.

E-mail: george.westermann@gmail.com.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-11-2008.

SUMMARY

Counseling in the Dutch youth mental health care: a survey – G.M.A. Westermann, F. Verheij –

A recent survey amongst 48 key figures from all 51 Dutch institutions for youth mental health care service confirmed the hypothesis that counselling in the Dutch youth mental health care service hardly ever follows a standard pattern. In their reactions to this survey, professionals seem to be strongly in favour of a methodical form of counselling that is firmly based on scientific principles. Based on this survey, a review of the literature and panel discussions, an evidence-based counseling procedure for the youth mental health care was developed.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)5, 333-338]

KEY WORDS counseling procedure, survey, youth mental health care