

Evaluatie
van het eerste
QIT-online pilotjaar
van de NVAGT:

stoppen of
invoeren of
pilot continueren

Schrijver: Paul van Beuzekom,
Amersfoort, September 2014

Samenvatting voor het NVAGT-bestuur

De QIT-online-pilot heeft nu gelopen van september 2013 tot en met september 2014. Idee was om na te gaan of QIT-online een goede mogelijkheid biedt om beschrijvenderwijs de kwaliteit van ons vak zichtbaar te maken, zonder de kern van ons vak geweld aan te doen.

De conclusie: We hebben als groep te weinig ervaring opgedaan c.q. gedeeld, om daaruit een algemene conclusie te kunnen trekken. En de wetenschappelijke raad heeft geen mogelijkheden gezien om te overleggen over de onderzoekskant van de zaak.

Advies:

1. Omdat het wenselijk is om de kwaliteit van onze beroepsgroep zichtbaar te maken, als onderdeel van het ons in de maatschappij zichtbaar presenteren vanuit onze eigen kracht,
2. en omdat het in 1983 al de bedoeling was dat Wet BIG geregistreerde zorgverleners zou gaan beschermen ten aanzien van de voorbehouden handelingen en ervoor zou zorgen dat 'alternatieve genezers' hun beroep zouden mogen uitoefenen zonder daartoe een formele bevoegdheid te hebben verkregen (zie bijlage 5), maar dit feitelijk heeft uitgedaakt als een rigide scheiding in het overheidsbeleid van BIG en niet-BIG. En we nu in het tijdsgewricht zitten dat het BIG-regime in Nederland zo krampachtig en beknellend wordt (zelfs voor BIG-ers) dat daardoor de ontwikkeling in de richting van integratie van complementaire geneeswijzen aan kracht wint (zie bijlage 6),
3. en omdat internationaal onderzoek steeds duidelijker aantoont dat de kwaliteit niet zit in de “evidence based practice” maar in de “**practice based evidence**”. Niet in de illusoire RCT-onderzoeken die slechts theoretische schijnzekerheid blijken te geven maar in de menselijkheid in therapie. Niet in de antwoorden die de wetenschap voor de problemen van onze cliënten heeft gevonden maar in het cliënten helpen verstaan van hun eigen verhaal en het vinden van hun eigen antwoorden (zie bijlage 7 en 8),
4. en omdat het Heart & Soul of Change Project onomstotelijk heeft uitgewezen dat de succesfactoren voor psychotherapie niet te vinden zijn in aspecten die de verschillen van de therapiestromingen beschrijven maar juist de overeenkomsten (zie bijlage 7 en 8), hetgeen tot een **belangrijke mindshift** leidt. Dit betekent namelijk dat alle onderzoek dat gericht is op het aantonen van de kwaliteit van een bepaalde therapiestroming, bij voorbaat irrelevant is. Maar dat het gaat om de vraag of onze therapeuten in staat zijn de menselijke dynamiek in de therapie (als belangrijkste succesfactor) goed voor mekaar te krijgen en aan kunnen reiken wat de cliënt nodig heeft, zodat de therapie werkt en de cliënt er echt wat aan heeft.
5. en omdat Qit online op dit moment het beste is wat er aan monitoring bestaat en zeker nog verder ontwikkeld kan worden op maat van gestalt en experiëntieel therapeuten. QIT-online is nog maar de enige in zijn soort die er nu is want de rest is qua doelstelling op het medische model en op evidence based practice gebaseerd,

adviseer ik om de pilot nog een jaar voort te zetten. Laat het bestuur therapeuten blijven aanmoedigen deel te blijven nemen, en blijf actief met Leuven om de tafel zitten. Om op die manier samen te werken aan het verfijnen van deze proces- en relatiegerichte ROM. Maar dan met de voorwaarden dat er gericht wordt toegewerkt naar de informatie (zie pagina 4 onder “Inhoudelijk – wetenschappelijk) die nodig is om een verantwoord bestuursbesluit te nemen.

Benodigde actie:

1. Overleg met Nele Stickens van QIT-online over het voortzetten van de pilot met nog een jaar en tegen welke kosten. En om inhoudelijke ontwikkeling samen verder te dragen.
2. En een gerichte opdracht aan een kleine groep leden die bereid zijn om zich in dit onderwerp te verdiepen, er samen tijd in te steken en volgend jaar op tijd met een onderbouwd advies aan het bestuur te komen.
3. En een of meer studiedagen voor leden die met QIT-online willen (gaan) werken om praktijkervaring te kunnen verzamelen.
4. En behoud van de gesloten linkedin-groep rond QIT-online om de onderlinge communicatie tussen gebruikers en ontwikkelgroep een platform te geven.

Ik hoop dat wij als complementaire genezers in Nederland ons niet laten bepalen door de merkwaardig rigide scheiding tussen BIG en niet-BIG, maar gebruik kunnen maken van de huidige internationale ontwikkelingsgolf in de GGZ, namelijk dat wij als zorgverleners wel een vak hebben maar daarin de richting niet laten bepalen door ons vak maar door de cliënt en zijn behoefte om zijn verhaal te begrijpen en richting te geven: de cliënt als kompas.

Paul van Beuzekom

Toelichting

Wil je meer van de details lezen, lees dan (onderdelen) van deze toelichting.

De gang van zaken, organisatorisch

In voorjaar 2013 hebben zich 32 mensen voor de pilot opgegeven. Zie bijlage 1. Zij zijn in mei op een trainingsdag geweest om QIT-online bij hun cliënten in te leiden en om het te gebruiken. Een deel van hen is gestart met het werken met QIT-online. 18 daarvan zijn lid geworden van de linkedin-groep die in maart 2014 is gestart om ervaringen uit te wisselen. Op mijn uitnodigingen om te reageren op een aantal issues is weinig ingegaan. Anderen hebben de groep nauwelijks gebruikt voor intercollegiale uitwisseling.

In november heb ik een studiedag van het QIT-online-team bijgewoond en daarvan verslag gedaan. Het was een inspirerende dag die goed heeft laten zien welke resultaten je met de data van de vragenlijsten op tafel kan krijgen. Zie bijlage 2.

QIT-online is diverse malen in de wetenschappelijke raad aan de orde geweest. Leden van de raad zijn naar een conferentie in Rome geweest waar het meten van het werkresultaat van ons gestalttherapeuten als dringend gewenst is gepresenteerd. Maar de wetenschappelijke raad heeft nog geen gelegenheid gehad om de bevindingen rond het meten van de kwaliteit van ons gestalttherapeuten goed in kaart te brengen en de Europese ervaringen voor ons beschikbaar te maken. De wetenschappelijke raad heeft ook nog geen oordeel gevormd over de inhoud van de vragenlijsten van QIT-online, en met name over de vraag of daarmee de kwaliteit van ons vak zichtbaar gemaakt kan worden.

QIT-online inhoudelijk

QIT-online is een **toepassing via internet** waarmee aan cliënten na elke sessie (een) vragenlijst(en) kan worden toegestuurd die deze dan ook weer via een beschermde internet verbinding beantwoordt. De antwoorden worden in een gegevensbank verzameld. Die gegevens kunnen voor onderzoek worden gebruikt. Het QIT-team is mogelijkheden aan het ontwikkelen om evaluaties via internet op te vragen en automatisch te krijgen.

De filosofie achter QIT-online is tweeledig: het ondersteunen van de kwaliteit van de therapie door zowel cliënt als therapeut feedback te geven over een aantal aspecten van de sessies. En ten tweede om evaluaties over groepen therapeuten en cliënten uit te voeren om op een beschrijvende manier zichtbaar te maken wat cliënten eraan hebben.

QIT-online kent een standaard **protocol** dat de volgorde van afname van de diverse vragenlijsten aangeeft.

Na sessie 1: effectmeting (OQ-45), klimaatmeting (WAV-12) en procesmeting (SBL).

Na sessie 2: procesmeting (SBL).

Na sessie 3: effectmeting (OQ-45), klimaatmeting (WAV-12) en procesmeting (SBL).

Na sessie 4: procesmeting (SBL).

En zo voort.

Bij vermoeden van persoonlijkheidsstoornissen kan de DAP-SF worden afgenomen. En voor de eindmeting en de nameting kan de change questionnaire aan de cliënt worden voorgelegd.

Dit standaard protocol van vragenlijsten heeft als voordeel dat de vergelijkbaarheid tussen de verschillende groepen deelnemers (ook tussen BIG-geregistreerden en ECP-ers en gestalttherapeuten) maximaal is. Dat zit hem met name in de OQ-45 die veel GGZ-beroepsgroepen in Nederland gebruiken. Als wij met minder vragenlijsten willen werken met een ander ritme en op die manier het wezen van ons vak kunnen ondersteunen en onze kwaliteit op macro-niveau zichtbaar te kunnen maken, dan kan het QIT-online-team dat protocol voor ons invoeren, maar dat gaat wel ten koste van de vergelijkbaarheid met andere beroepsgroepen.

Korte beschrijving van de vragenlijsten.

- de meting van de werkalliantie, de therapeutische relatie (**WAV-12**, het relationeel klimaat). De WAV-12 gaat over "wederzijds respect, en vertrouwen, en of de cliënt er wat aan heeft". Bestaat uit 12 meerkeuzevragen.
- de feedback op de inhoud van het proces van de vorige sessie (**SBL**); wat waren de thema's, wat was helpend/belemmerend. Korte vragenlijst die zich automatisch in lengte aanpast aan het aantal thema's, en het aantal helpende en belemmerende zaken.

- De meting van eventuele persoonlijkheidsstoornissen: **DAPP-SF**. In de rapportage hiervan wordt van een aantal persoonlijkheidskenmerken gradueel de ernst aangegeven, en bij de kenmerken die prominent aanwezig lijken te zijn, wordt een korte beschrijving gegeven, met aanwijzingen voor de therapeut. De DAPP-SF bestaat uit zo'n 120 meerkeuzevragen. Het gebruik van deze vragenlijst gaat overigens bij een normaal abonnement van QIT-online €8 per keer kosten.
- de psychologische meting (**OQ-45**) over het welbevinden van de cliënt; loopt een aantal klachten en symptomen af. Bestaat uit 45 vragen. De OQ-45 meet de klinische ernst van de cliënt aan de hand van klachten. De OQ-45 wordt in de reguliere GGZ in Nederland veel gebruikt. De OQ-45 helpt klachten inventariseren m.b.t. angst/depressie, relationeel functioneren en functioneren op het werk.
- de meting van de verandering en dus het effect van een aantal sessies of van een heel therapietraject kan je doen met de **change-questionnaire**. Deze gaat over de vraag wat er sinds de start van de therapie bij de cliënt veranderd is: verloop van klachten, en lichamelijk, emotioneel, mentaal en relationeel welbevinden, en levensperspectief. Ook wordt gevraagd welke zaken sinds de start van de therapie helpend en belemmerend waren, en of dat zaken waren die de therapie betreffen, of persoonlijke zaken of omgevingsfactoren. De questionnaire kent 23 pagina's met 1 à 5 open en meerkeuzevragen. Echt een mooie en m.i. heel complete vragenlijst.

Naast deze bestaande vragenlijsten heeft QIT-online de mogelijkheid om er eigen vragenlijsten in op te nemen, als dat gewenst is.

Inhoudelijk - wetenschappelijk

De fundamentele vraagstellingen:

- Is de kwaliteit van ons vak wel te meten? En welk type onderzoek zou daar dan geschikt voor zijn? RCT-onderzoek zeker niet. Fenomenologisch of beschrijvend onderzoek? Of wat dan ook? De eerste prioriteit ligt bij de vraag of de fenomenologische aanpak van QIT-online wel voldoende beschrijft wat de kern en de kwaliteit van ons vak is.
- Kan de kwaliteit van ons werk wel gemeten worden als het meetinstrument onderdeel is van de therapie met de bedoeling om die kwaliteit van de therapie te ondersteunen?
- Zitten er in de vragenlijsten niet teveel aannames die het open exploratieve karakter van ons werk in een richting sturen die niet bij ons vak horen?
- En wat zijn de ervaringen in de andere EAGT-landen?
- Moeten we onze kwaliteit wel willen meten? Want je mag verwachten dat zorgverzekeraars en overheden daar als cijfer-bureaucraten mee om zullen gaan en ons zullen knevelen. Zo zouden we de ruimte voor ons creatieve vak verspelen. Hoe voorkomen we dat? En is dat wel te voorkomen?
- De ervaringen van het Amerikaanse onderzoeksproject The Heart & Soul of Change wijzen uit dat de vraag of psychotherapie werkt, niet wordt bepaald door de soort therapie, maar door wat de cliënt in zijn levensverhaal nodig heeft en door de kwaliteit van de menselijke dynamiek tijdens de sessies. Dus dan gaat het **niet** om de kwaliteit van de therapiemodaliteit. Maar om de vraag welke modaliteit de cliënt de beste handvatten aanreikt en hoe goed de kwaliteit van de menselijke dynamiek tijdens de sessies is. Dit betekent ook dat alle onderzoek dat gericht is op het aantonen van de kwaliteit van een bepaalde therapiestroming, bij voorbaat irrelevant is.

Daarnaast is ook antwoord nodig op specifiekere vragen als

- Willen we zowel van de therapie-ondersteunende als van de therapie-evaluerende functie van QIT-online gebruik maken? De eerste is niet nodig als we andere manieren van feedback door de cliënt gebruiken.
- Past het standaard-protocol van QIT-online ons wel, of is het beter onze eigen vragenlijsten te ontwikkelen? (zoiets kan in QIT-online opgenomen worden)
- Welke evaluaties vanuit de gegevensbank zouden nuttig zijn?
- Kunnen de deelnemende therapeuten de gegevens die verzameld worden manipuleren of beïnvloeden?
- Taalkundige aspecten
 - Zijn de vragen voor zowel de Vlamingen als de Nederlanders wel even duidelijk gesteld?

- Betekenen de vragen voor de Vlamingen wel hetzelfde als voor de Nederlanders?
- Zijn de vragen qua logica of anderszins wel correct?
- Wat willen we gemeten hebben als het gaat over het op macro-niveau zichtbaar maken van onze kwaliteit?
- Maken we voor de eindevaluatie en de nameting gebruik van de change-questionnaire of willen we een eigen vragenlijst?
- In hoeverre gaan we onze leden verplichten om met QIT-online te werken? En gaan ze daarmee dan werken met al hun klanten of een selectie daaruit? En wat gaat dat kosten?

De GGZ-context in Nederland is internationaal gezien uniek

De vergelijking van de GGZ in België en in Nederland. Belangrijk verschil is dat we in Nederland een polarisatie tussen BIG en niet-BIG kennen die gemakkelijk leidt tot zich afzetten tegen elkaar en tot het zo sterk gescheiden houden dat we samen aan kwaliteit in de zorg voor onze cliënten inboeten. Dat is niet de bedoeling. In Nederland gaat die polarisatie ver. Alleen BIG-geregistreerden worden vergoed vanuit het basispakket en zijn daarover btw-vrijgesteld, en complementaire zorgverleners niet. Het gaat zelfs zo ver dat ook BIG-geregistreerden voor niet-BIG-geaccrediteerde (dus complementaire) diensten geen vergoeding krijgen vanuit het basispakket en apart daarvoor een factuur voor de cliënt moeten uitschrijven en daarover btw moeten afdragen. Deze polarisatie is uniek voor Nederland, en de Nederlandse gezondheidszorg staat op het punt daarover te struikelen. Deze polarisatie roept voor de NVAGT en voor de NAP de impuls op om onze kwaliteit op een andere manier zichtbaar te willen maken dan met de BIG-registratie. In deze zin kan QIT-online kansen bieden omdat met de verzamelde data op een wetenschappelijk verantwoorde wijze zaken zichtbaar gemaakt kunnen worden. Het biedt een kans om los te komen van "evidence based" als enige kwaliteitscriterium.

QIT-online wordt in België door psychiaters en psychologen en alternatieve en complementaire zorgverleners zowel in klinieken als in zelfstandige praktijken gebruikt. Van hen allen wordt verwacht dat ze met het DSM werken en de OQ-45 afnemen. Die groepen zijn daardoor ook goed met elkaar vergelijkbaar. In België is het ook heel gebruikelijk dat psychiaters en psychologen complementaire geneeswijzen toepassen als onderdeel van hun reguliere werk. Dus niet zo'n rigide scheiding als in Nederland. In Nederland wordt QIT-online ook wel door psychologen gebruikt. Dat zou ons als complementaire zorgverleners met hen vergelijkbaar maken.

En in America is al erg veel onderzoek gedaan dat aan toont dat cliënten in therapie niet geholen zijn door de antwoorden die de wetenschap voor hun situaties heeft bedacht, maar dat veel meer naar de cliënt geluisterd moet worden en dat de therapeutische relatie daarin veel bepalender is voor therapeutisch succes dan de therapeutische methoden. Zie bijlage 7 en 8.

Samenvatting van de ervaringen van de 9 deelnemers die hebben gereageerd

Naar aanleiding van een achttal evaluatievragen aan de pilotgroep hebben 9 deelnemers gereageerd. Vanwege de kleine groep kan nauwelijks gesproken worden van een gedragen ervaring.

Algemene indruk:

- Cliënten kunnen zeer verschillend op de vragenlijsten van QIT-online reageren.
 - Lekker afstandelijk, dus ik vul maar wat in. Sociaal wenselijke antwoorden?
 - Fijne ondersteuning want ik vind het lastig om mijn eigen formuleringen te vinden.
 - De vragenlijsten passen zo helemaal niet bij de persoonlijke sfeer van de sessies en bij mijn hulpvraag.
 - Jeetje, wat veel werk. Veel te uitgebreid en buiten de orde.
 - De vragenlijsten nodigen me uit om zelf kritisch te kijken en feedback aan de therapeut te geven en een actieve rol te spelen in mijn therapeutisch proces.
 - Ik heb niks met woorden; ik kan niet met de vragen overweg. Ik wordt er kriegel van.
 - De brochure is prettig cliënt gericht geformuleerd vinden cliënten.
- De ervaringen rond de feedback-functie zijn zeer verschillend. De een is daar heel positief over, en de ander vindt het volledig overbodig omdat hij al gewend was de cliënten feedback te vragen door een zelf geformuleerd verslag van elke sessie (dat aanmoedigt tot zelfexpressie en vaak consciëntieus geschreven wordt) te vragen en daarop in de volgende sessie terug te komen. Het is maar de vraag of

het werkelijk bijdraagt aan het contact bevorderende proces dat we bij gestalttherapie bezigen. Gestalttherapie is toch vooral de ontwikkelingen die tijdens de actuele therapeutische relatie plaats vinden, zichtbaar laten worden. Sowieso geldt dat het nuttig is als cliënten na de sessie de tijd nemen om daar nog bij stil te staan en neer te schrijven wat er te oogsten valt, ongeacht of dat een eigen verslag of vragenlijsten zijn.

- Op de evaluatiefunctie op macroniveau hebben we enig zicht gekregen tijdens de QIT-online-studiedag "De cliënt als kompas" van november 2013 (bijlage 3). In de reguliere GGZ in Nederland wordt de OQ-45 (inventarisatie van klachten) veel gebruikt voor kwaliteitsmeting. Maar gestalttherapie heeft niet als doel om de klachten af te laten nemen. Bij goeie gestalttherapie zal je zien dat door het oplossen van de onderliggende problemen in de regel wél de klachten afnemen. Dus hoe kunnen we hiermee om gaan?
- De wijze van vragen in de vragenlijsten is van tijd tot tijd qua logica niet correct; bijvoorbeeld in de OQ-45 staat de vraag "Ik heb vaak ruzie" met als antwoordalternatieven: nooit, zelden soms, vaak, bijna altijd. Wat vind je dan van het antwoord "zelden heb ik vaak ruzie". De formulering van dit soort vragen is niet zomaar te wijzigen, omdat deze vragenlijsten psychometrisch geijkt zijn. En een vraag als 'vind je de therapeut aardig' lijkt totaal niet relevant.

En vervolgens naar aanleiding van gerichte vragen die aan de deelnemers zijn voorgelegd.

1. Wat zijn je ervaringen met de functie ter ondersteuning van het therapeutisch proces?
De vragenlijsten leveren vrij summier informatie op. Zeker als je al gewend bent om een zelf geformuleerd verslag te vragen en als je de volgende sessie begint met kijken wat de cliënt aan de vorige sessie gehad heeft, waar hij nu staat en wat er nu nodig is.
Veel cliënten haken na een paar sessies af bij QIT-online omdat ze er niet veel aan hebben. De vragenlijsten zijn al gauw een te zwaar middel om feedback te verzamelen bij cliënten die slechts psychosociale begeleiding nodig hebben.
De OQ-45, een klachtenvragenlijst, kan nuttig zijn maar bevraagt een brede waaier van klachten die weinig verband houden met de feitelijke hulpvraag. De OQ-45 wordt in de reguliere GGZ veel gebruikt voor de resultaatmeting: wat is de afname van de klachten? Maar wij gestalttherapeuten zijn niet gericht op de afname van klachten, ook al is dat wel een bijproduct van ons werk. Door het breed gaan gebruiken van de OQ-45 lopen we het risico dat we op macroniveau afgerekend gaan worden op de bereikte afname van de klachten.
En daar waar een vermoeden is van een persoonlijkheidstoornis kan de DAPP-SF nuttig zijn voor een objectieve inschatting. Maar dat is bij veel cliënten niet nodig.
Een zelf geschreven verslag wordt door cliënten vaak benut om alsnog te vertellen waar ze in de sessie niet aan toegekomen waren en om feedback te geven. Vaak waardevoller dan de gegevens die QIT-online oplevert. QIT-online kan wél heel boeiend en waardevol zijn voor therapeuten die voorheen niet met een zelf geschreven verslag werkten.
In de vragenlijsten die gaan over de sessie is het nadelig dat er over de therapeut in de 3e persoon werd gesproken. Daardoor was het invullen van die lijst voor de cliënten niet een soort brief/verslag aan de therapeut, maar aan een onbekende derde. Dat voelt als afstand.
2. Hoe werk je met de diverse vragenlijsten en hoe dragen ze bij aan de kwaliteit van de therapie? Aan welke vragenlijst had je het meest? Hoezo?
De WAV voegt weinig toe.
De SBL kan alleen wat toevoegen als geen zelf geschreven verslag wordt geschreven.
De OQ-45 kan prettig zijn als objectieve indicatie voor de klinische ernst. De vraagstelling is al gauw te klinisch vergeleken met de sfeer van gestalttherapie, en nogal gericht op klachten. Dus vanuit een DSM-achtergrond.
Gewaarszijnsgerichte reflectievragen zijn in QIT-online weinig te vinden.
De vragenlijsten zijn toegespitst op individuele therapie en niet op relatietherapie. Die laatste zijn overigens bij QIT-online in ontwikkeling. Evenzogoed werden door enige therapeuten de vragenlijsten ook bij relatietherapie gebruikt.

3. Liet je vóór je met QIT-online begon al een eigen geformuleerd verslag door de cliënt maken? En zo ja, wat heeft dat voor een effect gehad op de manier waarop je de vragenlijsten hebt gebruikt?
3 therapeuten lieten voorheen geen eigen verslag maken; 3 wel. En 2 af en toe of in de vorm van een eigen dagboek. Therapeuten die voorheen wel een eigen verslag lieten maken, vinden dat té waardevol om te laten vervallen.
4. Wat vond je technisch gezien van het gebruiksgemak?
Varieert van “prima te gebruiken” tot “Super”. Het zou handig zijn als de rapporten gewoon gemaaild werden, een afschrift aan de cliënt en een aan de therapeut. Zou gebruiksvriendelijker kunnen. Vragen over het gebruik werden door Leuven vlot beantwoord. Prettig dat met de nieuwe versie van QIT-online de therapeut na elke sessie zelf kan bepalen welke vragenlijsten hij toestuurt. Dat geeft vrijheid om je eigen protocol te gebruiken. Een paar therapeuten vonden het lastig om na elke sessie eraan te denken dat er nog vragenlijsten moesten worden verstuurd. Prettig dat QIT-online ook gemakkelijk met de iPad bereikbaar was.
5. Leverde QIT-online je zoveel op dat je bereid zou zijn om jaarlijks een vast bedrag te betalen om het te mogen gebruiken?
2 therapeuten willen graag doorgaan met QIT-online en ervoor betalen omdat het een waardevolle toevoeging voor hun therapie is.
Wegens tegenvallende resultaten en geen toegevoegde waarde voor de feedback zijn 7 therapeuten gestopt of van plan te stoppen met het afnemen van de vragenlijsten en hebben er geen geld voor over, ook al zien zij het nut van monitoring. Het levert te weinig op, en de ondersteuning van het proces van de cliënt is matig, soms vergroot dat de weerstand van de cliënt, omdat ze zich door het systeem van QIT Online als een nummer behandeld voelen. En omdat een zelf geformuleerd verslag van de cliënt vaak waardevoller is.
Wel kan het de moeite waard zijn om een eigen vragenlijst te ontwikkelen, die dan met gebruikmaking van QIT-online afgenomen kan worden.
6. Denk je dat de data die met de vragenlijsten worden verzameld, op macro-niveau onze therapie goed kunnen beschrijven?
Zijn ze daarvoor bedoeld, dan?
Nee, als alleen maar de tevredenheid van cliënten gemeten wordt. Echt essentiële veranderingen bij cliënten worden niet gemeten.
Het idee is goed, maar het onderzoek laat te wensen over.
Het is inderdaad niet Gestalt/erfelijkheid specifiek, het proces an sich komt niet echt aan bod.
Tegelijk geeft het toch wel een zeer betrouwbaar beeld. Een buitenstaander (bv andere professional) zou goed kunnen meevolgen op die manier en dat verhoogt de transparantie van ons beroep.
QIT zou best te verbeteren zijn als ze:
 - o de vragenlijsten zo opstellen dat de cliënt rechtstreeks aan de therapeut schrijft; (lieft zou ik nog willen dat iedere therapeut zijn eigen formulering maakt, maar dat kan waarschijnlijk niet ivm de meetbaarheid...)
 - o ruimte laten voor aanvullende eigen vragen van de therapeut.
Tussentijdse evaluaties kun je dan als therapeut wel op gezette tijden extra sturen.
7. Hoeveel cliënten heb je via QIT-online vragenlijsten toegestuurd?
35, 8, 7, 3, ?, 8, 8, 8, 25
8. Wat zou je het bestuur adviseren ten aanzien van QIT-online?
Dat monitoring nodig is, lijkt duidelijk. Een monitoringssysteem als QIT-online heeft ons geleerd dat dit niet toepasbaar is op gestalttherapeuten. Wij werken nu eenmaal procesgericht en minder, of misschien wel helemaal niet, op resultaten in de vorm van vermindering van klachten. Het leidt niet tot een verbetering van onze positie bij zorgverzekeraars. Laten we de leden niet verplichten maar ze vrijlaten of ze met QIT-online willen werken.
Het handhaven van de linkedin-groep voor de gebruikers, kan wel een goed idee zijn.

Qit online is het beste wat er op dit moment aan monitoring bestaat en kan zeker nog verder ontwikkeld worden op maat van gestalt en experiëntieel therapeuten. Laat het bestuur therapeuten blijven aanmoedigen deel te blijven nemen, het contract met een jaar te verlengen en actief met Leuven verder om de tafel te blijven zitten. Om op die manier samen te werken aan het verfijnen van deze proces- en relatiegerichte ROM (de enige in zijn soort die er nu is want de rest is qua doelstelling beslist op het medische model en op evidence based practice gebaseerd).

Bijlagen

bedoeld om het archief over dit onderwerp compleet te houden. Ze behoeven voor de besluitvorming in het bestuur niet gelezen te worden.

1. Lijst van deelnemers aan de pilot
2. Verslag QIT-online-studiedag “De cliënt als kompas” van november 2013
3. Ervaringen van deelnemers (letterlijke bijdragen)
4. Evaluatie van het QIT-online-team (komt nog)
5. Historische ontwikkelingen alternatieve geneeswijzen vanaf 1865
6. Kennisprogramma complementaire zorg van ZONMW
7. The Heart & Soul of Change: <http://bit.ly/1wJaMxv>
8. The Heart & Soul of Change Project: <https://heartandsoulofchange.com/>

Referenties over ROM in Nederland:

- Gebruik van de OQ-45 in de behandeling, ook U? <http://bit.ly/VSJt2p>
- Feedback aan therapeut én patiënt leidt tot betere resultaten: <http://bit.ly/1qDLFHt>
- Een verkenning van de toegevoegde waarde van GGZ intakegegevens: <http://bit.ly/1padCBR>
- Effectiviteitsmeting en implementatie van de Routine Outcome Monitoring in een GGZ- instelling: <http://bit.ly/1AXkMSq>
- Routine Outcome Monitoring (ROM): <http://www.psychiatrienet.nl/categories/4054>
- ROM in de volwassenenpsychiatrie: een evaluatie van meetinstrumenten: <http://bit.ly/1AXly1H>
- ROM Handreiking voor de psychiater: <http://bit.ly/1u0BpIR>
- Het regeringsbeleid ROM-en: <http://bit.ly/1tZNC0g>