

Handleiding

Client Directed Outcome Informed (CDOI)

Mark Crouzen
September 2010

Inleiding	1	
1) Downloaden en printen	2	
2) Outcome Rating Scale	5	
A) Voor wie		
B) Wanneer		
C) Periode		
D) Waar en onderwerp		
3) Instructie ORS	7	
4) Scoring	7	
5) Interpretatie ORS intakescore	8	
A) <i>Cut-off</i> score		
B) Onder de <i>cut-off</i> score		
C) Boven de <i>cut-off</i> score		
D) Instructie		
❖ ORS intake score onder de <i>cut-off</i> : zeer laag: <12		
❖ ORS intake score onder de <i>cut-off</i> : 13 - 25		
❖ ORS intake score boven de <i>cut-off</i> score: >25		
6) Vergelijking twee opeenvolgende ORS scores	11	
❖ Te weinig verandering, onder 25e percentiel		
❖ Te grote verandering, boven 75e percentiel		
7) Trajectum	12	
8) Frequentie	14	
9) Afwijkende scores buiten het trajectum	15	
10) Gebruik als interventie-instrument	16	
11) Andere toepassingen	17	
12) Session Rating Scale	17	
A) Wanneer		
B) Instructie		
C) Sociaal wenselijk		
D) Feedback		
13) Trajectum SRS	19	
14) Afsluiten van de behandeling	19	
Bijlage I	Websites	20
Bijlage II	Geraadpleegde literatuur	20
Bijlage III	Telefonische afname ORS	21

Inleiding

Client Directed Outcome Informed, afgekort CDOI, is een Routine Outcome Monitoring (ROM) methode ontwikkeld door Scott Miller, Barry Duncan en Mark Hubble waarbij directe, systematische feedback een centrale rol speelt.

CDOI bestaat uit twee delen: *Client-Directed* en *Outcome-Informed*.

Cliënt-Directed betekent dat de therapeut de rol aanneemt die de cliënt hem geeft. De therapeut houdt rekening met de veranderingstheorie van de cliënt en met diens oordeel over de relatie.

Outcome-Informed houdt in dat het veranderingsproces van de cliënt aan het begin van elke sessie wordt gemeten en duidelijke aanwijzingen oplevert hoe de therapeut verder kan gaan. CDOI maakt gebruik van twee eenvoudige vragenlijsten, waarvan afname en interpretatie slechts korte tijd in beslag nemen: de **Outcome Rating Scale (ORS)** en de **Session Rating Scale (SRS)**. Het unieke van deze methode ten opzichte van andere Routine Outcome Monitoring (ROM) instrumenten is dat de feedback onmiddellijk wordt ingebracht in de behandeling.

CDOI geeft een diagnose van het behandelproces en stelt de therapeut in staat ongeacht het therapiemodel het eigen handelen gericht bij te sturen en stagnatie in het therapeutisch proces bijtijds te onderkennen. De therapeut krijgt zicht op zijn minder sterke kanten en gelegenheid om zich op tijd te verbeteren. CDOI kan tevens als interventie-instrument in de therapie gebruikt worden.

Uit onderzoek (bijvoorbeeld *Anker, Duncan & Sparks (2009). Using client feedback to improve couples therapy outcomes*) komt naar voren dat het gebruik van CDOI leidt tot minder dropout, afgestemde behandelduur, afgestemde behandelfrequentie en een hogere gemiddelde *effect size*.

De ORS is een schaal die 'distress', waargenomen door de cliënt meet. De ORS is afgeleid van Lamberts Outcome Questionnaire, OQ 45 en geeft zoals de naam zegt feedback over het therapieresultaat.

De SRS, afgeleid van Bordin (1979) is een zogenaamde engagement schaal, bedoeld om (negatieve) feedback te ontlokken en zo de 'alliance' oftewel therapeutische relatie te verbeteren.

De ORS heeft 4 subschalen: Individueel, Relationeel, Sociaal en Algeheel. Het is een analoge en visuele schaal waar cliënten op de 4 lijnen een streepje of kruisje zetten van laag – hoog, om aan te geven hoe het de afgelopen week/periode is gegaan. De SRS heeft eveneens 4 subschalen en gaat over het behandelgesprek van die dag: Relatie, Doelen en Onderwerpen, Aanpak en/of Werkwijze en Algeheel.

Naast de ORS en SRS welke bedoeld zijn voor volwassenen zijn er ook twee kinderschalen, een voor het jonge kind tot 6 jaar oud en een voor kinderen in de leeftijd tussen 6 en 13 jaar oud: respectievelijk de Young Child Outcome Rating Scale (YCORS) en de Child Outcome Rating Scale (CORS), de Young Child Session Rating Scale (YCSRS) en de Child Session Rating Scale (CSRS). Ook is er een speciale versie voor mensen met een verstandelijke beperking: http://www.chaya.nl/MDOutcomeRatingScale_OZ.pdf

Deze handleiding bevat veel instructies die door de therapeut zelf zullen moeten worden toegespitst voor zijn of haar doelgroep en werkwijze. De handleiding is gebaseerd op het werk van Scott Miller en Barry Duncan en ook gebaseerd op hun database. Er zal soortgelijk onderzoek in Nederland moeten plaatsvinden. Wees voorzichtig met het zonder meer overnemen van onderstaande bevindingen. Ik sta open voor (negatieve) feedback: m.crouzen@planet.nl

1. Downloaden, printen

Alle vragenlijsten zijn gratis te downloaden van www.talkingcure.com of www.scottdmiller.com. Er dient een verklaring aangevinkt te worden. Let op dat u de meest recente verbeterde versie V.4.0 gebruikt. De vragenlijsten zijn in 15 talen beschikbaar. Zorg

bij het printen dat de lijnen precies 10 centimeter breed zijn. Soms moet er een andere lettergrootte gebruikt worden om dit voor elkaar te krijgen. Of gebruik de vergrootfunctie van het kopieerapparaat voor de gewenste 10 cm. breedte.

Op de Session Rating Scale moeten de woorden: Relatie, Doelen en Onderwerpen, Aanpak en/of Werkwijze, Algeheel) boven de lijnen grijs gedrukt zijn. Hetzelfde geldt voor de Child Session Rating Scale.

De lijsten mogen niet zonder toestemming veranderd worden.

Handig is enkele (voor echtparen, ouders en kinderen) exemplaren te plastificeren, met op de voorkant de ORS (of CORS/YCORS) en achterkant SRS (CSRS / YCSRS). Op die manier is er altijd een goed exemplaar met lijnen van exact 10 cm. voorhanden. Met een dunne whiteboard stift (Legamaster boardmarker 1 mm) kan de cliënt een kruisje of streepje zetten. De stift kan weer eenvoudig met bijvoorbeeld een wonderspons (verkrijgbaar bij het Kruidvat) verwijderd worden.

Naast de papier en potlood methode bestaat er een telefoonversie waarbij de cliënt gevraagd wordt om cijfers te geven. Zie hiervoor de bijlage III.

Er zijn drie digitale manieren om de vragenlijsten in te vullen en te verwerken:

- 1) www.myoutcomes.com (web-based)
- 2) www.clientvoiceinnovations.com (stand alone versie ASIST)
- 3) www.reflectum.nl (Nederland, nog in ontwikkeling)

Voor de normen is het handig één van deze drie software programma's te gebruiken. Zie voor meer informatie de betreffende websites.

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)

Algemeen
(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 Asmus, Mark Crouzen & Flip Jan van Oenen
Email: vertaling@yahoo.com

Licensed for personal use only

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.

Algemeen

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
© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson
vertaling: V.4.0: Frank Asmus, Mark Crouzen & Flip Jan van Oenen
Email: vertaling@yahoo.com

Licensed for personal use only

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 dichterbij het lachende gezichtje, hoe beter het gaat. Dichterbij 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
© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, & Jacqueline A. Sparks
vertaling V.4.0: Frank Asmus, Mark Crouzen & Flip Jan van Oenen
Email: vertaling@yahoo.com

Licensed for personal use only

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.

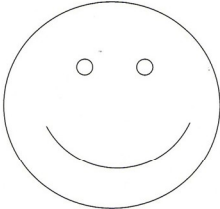
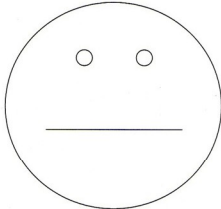
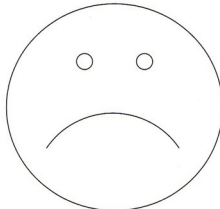
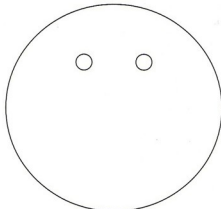
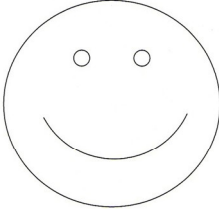
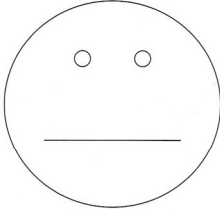
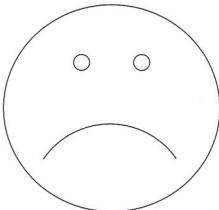
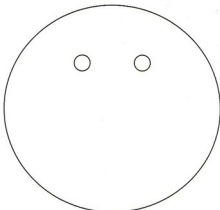


Ik hoop dat we de volgende keer dezelfde soort dingen gaan doen.



Institute for the Study of Therapeutic Change www.talkingcure.com
© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Jacqueline A. Sparks, & Lynn D. Johnson
vertaling V.4.0: Frank Asmus, Mark Crouzen & Flip Jan van Oenen
Email: vertaling@yahoo.com

Licensed for personal use only

<p style="text-align: center;">Young Child Outcome Rating Scale: Hoe gaat het met jou?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Naam: _____ Leeftijd: ___ jaar Geslacht: M / V Datum: ___ (dag) ___ (maand) 20___ (jaar) Behandelcontact nr. ____ </div> <p>Kies het gezichtje dat laat zien hoe het nu met je gaat. Je mag ook zelf een gezichtje tekenen dat precies bij jou past.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p style="font-size: small; text-align: center;"> Institute for the Study of Therapeutic Change www.talkingcure.com © 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Andy Huggins & Jacqueline A. Sparks vertaling V.4.0: Frank Asmus, Mark Crouzen & Flip Jan van Oenen Email: vertaling@yahoo.com </p> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">Licensed for personal use only</p>	<p style="text-align: center;">Young Child Session Rating Scale: Hoe vond je het vandaag hier?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Naam: _____ Leeftijd: ___ jaar Geslacht: M / V Datum: ___ (dg) ___ (mnd) 20___ (jr) Behandelcontact nr. ____ </div> <p>Kies het gezichtje dat laat zien hoe jij het vond om vandaag hier te zijn. Je mag ook zelf een gezichtje tekenen dat precies bij jou past.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p style="font-size: small; text-align: center;"> Institute for the Study of Therapeutic Change www.talkingcure.com © 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Andy Huggins, & Jacqueline Sparks vertaling V.4.0: Frank Asmus, Mark Crouzen & Flip Jan van Oenen Email: vertaling@yahoo.com </p> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">Licensed for personal use only</p>
---	--

2. Outcome Rating Scale

A. Voor wie

De vragenlijsten zijn toepasbaar bij volwassenen, kinderen, ouders, echtparen, gezinnen en groepen. Bij gezinnen, echtparen vult iedereen, dus ook de kinderen, afzonderlijk een Outcome en (aan het eind) een Session vragenlijst in. Ook jonge kinderen krijgen een gelegenheid iets in te vullen om ze een stem te geven. De YCORS is een klinisch instrument om het perspectief van het jonge kind duidelijk te krijgen. Deze lijst is dus ook niet te scoren.

De ORS wordt afgenomen bij cliënten ouder dan ca. 13 jaar. Tussen de 6 en 12 gebruikt men de CORS (en CSRS). Bij twijfel kunt u in overleg met de jeugdige bepalen welke lijst ze willen invullen. Soms vinden ze de gezichtjes op de CORS en CSRS kinderachtig.

Bij kinderen van 6 jaar en jonger gebruikt men de YCORS, (en YCSRS). De kinderen kunnen zelf de gezichtjes inkleuren. Er zijn geen normen voor de YCORS (en YCSRS) beschikbaar. Bij kinderen/jeugdigen kan behalve het kind de CORS of YCORS ook de ouders gevraagd worden CORS of YCORS in te vullen over hoe de ouder(s) het vinden dat het gaat met het kind.

Wanneer duidelijk wordt dat samenhangend met de problemen van het kind/jeugdige ook de ouder klachten heeft en *distressed* (aangedaan, van slag, bedroefd) is, laat dan de ouder de volwassenen ORS over zichzelf invullen.

Bij pubers kan het helpen om eerst even samen met de puber een kort gesprek over de afgelopen week of periode te hebben en pas dan de ORS of CORS in te laten vullen. Pubers

kunnen de neiging hebben de lijst in te vullen zoals zij zich op dit moment voelen en dat kan een vertekend beeld geven.

B. Wanneer

De vragenlijsten ORS/SRS, CORS/CSRS en YCORS/YCSRS worden systematisch, d.w.z. *elke sessie* ingevuld door de cliënt. De ORS (of CORS, YCORS) wordt aan het begin van de sessie ingevuld en de SRS (Of CSRS/YCSRS) wordt aan het eind van de sessie afgenomen. Het steeds monitoren helpt om een sterke therapeutische relatie op te bouwen.

De ORS dient zo vroeg mogelijk in het therapeutisch contact te worden afgenomen, aan het begin van het gesprek, het liefst zelfs telefonisch bij het maken van de afspraak, dus voordat de intake plaatsvindt. Hoe vroeger we dit meten, hoe beter we in staat zijn om de effectiviteit van de therapie te bepalen. Bovendien wordt op die manier de toon gezet waarin de therapeut nieuwsgierig is hoe het met de cliënt gaat: de *'culture of feedback'* (zie punt 2 D). Er is een telefonische instructie beschikbaar waarbij aan de cliënt gevraagd wordt een cijfer tussen 0 en 10 te geven. De totaalscore kan dan helpen te bepalen op welke termijn de afspraak gemaakt moet worden: bij lage scores (ORS < 12) zo vroeg mogelijk, bij hogere (ORS > 18) scores kan op een wat langere termijn de intake gepland worden. Wanneer de ORS en SRS lijsten gebruikt worden in de **klinische setting** geldt als vuistregel: hooguit eenmaal per week. Bij dagbehandeling kan gedacht worden aan het invullen van de ORS aan het begin van de week en de SRS aan het eind van de week. Gevraagd kan worden de SRS aan het eind van de week nogmaals in te vullen voor het onderdeel waar de cliënt het minst tevreden over was. Bij **groepsbehandeling** kan de ORS aan het begin en SRS aan het eind ingevuld worden.

Voorbeeld van volgorde in een therapeutisch gesprek:

- Instructie ORS
- Cliënt vult de ORS in
- Therapeut berekent de totaalscore en plot deze in de grafiek
- Bespreking van scores, verloop van de grafiek en koppeling met therapie
- Therapie
- Instructie SRS
- Bespreking SRS: bedank en vraag door naar negatieve feedback.
- Eind sessie
- Berekenen totaalscore SRS en plotten in de grafiek

De intakescore kan gebruikt worden om snel de urgentie in kaart te brengen – vergelijkbaar met de handelwijze op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Cliënten die zeer laag scoren moeten snel gezien worden: hoe langer zij moeten wachten, hoe kleiner de kans dat zij op de afspraak komen. Cliënten die zich aanmelden en op de ORS vlak onder 25 scoren krijgen over 2 of 3 weken een afspraak.

C. Periode

Er staat bovenaan de ORS dat het gaat 1) over de periode van de afgelopen week inclusief vandaag of 2) sinds de vorige sessie. Bij een eerste gesprek gaat het dus altijd om de periode van afgelopen week – tenzij er eerst een telefonische ORS is afgenomen.

D. Waar en onderwerp

Bij sommige instellingen ligt de ORS in de wachtkamer, bij anderen vult de cliënt de vragenlijst in de kamer van de therapeut in. In beide gevallen moet de instructie gegeven zijn. Van belang is steeds dat er een verbinding is tussen hoe het gaat met de cliënt en de therapie.

Miller noemt dit onderdeel de '*culture of feedback*'. Het is een omgeving of voedingsbodem waarin de cliënt merkt dat de therapeut serieus belangstelling heeft hoe het met hem of haar gaat. Ook ervaart de cliënt dat de therapeut interesse heeft in en luistert naar de manier hoe cliënt behandeld wil worden. De vragenlijsten zijn een onderdeel van de behandeling, net zoals een stethoscoop een onderdeel is van de behandeling bij een arts.

Tegelijkertijd zijn de schaaltes slechts het 'skelet' van de CDOI: het gaat uiteindelijk om de betekenis die de cliënt aan de scores geeft, 'het vlees op de botten'. Het is daarom belangrijk de score te relateren aan de ervaring van de cliënt. Wanneer een cliënt elke sessie op elke lijn hetzelfde invult, bijvoorbeeld 4 maal 5 centimeter is dit reden om dit met de cliënt te bespreken. Hetzelfde geldt wanneer de cliënt een opgewekte indruk maakt en een zeer lage ORS score invult – of omgekeerd wanneer de cliënt een zeer gedeprimeerde indruk maakt en heel hoog scoort op de ORS.

Op de subschalen Relationeel en Sociaal staat een specificatie (familie, intieme vrienden en werk, opleiding, sociale contacten). Wanneer de cliënt in verband met werk in therapie komt, maar goed functioneert op de andere twee gebieden op de subschaal Sociaal, laat de cliënt dan deze subschaal scores alsof deze alleen het werk betreft. Het feit dat het heel goed gaat op het gebied van opleiding en sociale contacten moet de score niet hoger uit doen vallen. Dus zorg dat cliënten de subschalen van de ORS steeds invullen in relatie tot de reden waarvoor ze in therapie komen. Wanneer ze voor relationele problemen in therapie komen, dienen zij dit op de tweede schaal Relationeel - familie, intieme vrienden - aan te geven.

Hoe hoger de intake ORS score, hoe minder de vooruitgang in de therapie door de ORS gemeten kan worden. Andere testen of metingen zijn dan aanvullend nodig. Bij hogere ORS scores is er vaak sprake van een meer specifieke hulpvraag, bijvoorbeeld een fobie. De uiteindelijke ORS score aan het eind van de behandeling zal bij een geslaagde therapie niet veel verschillen met de beginscore. Probeer dan op andere manieren of testen vooruitgang te objectiveren.

3. Instructie ORS:

Maak het belang van feedback duidelijk: het is essentieel voor het slagen van de behandeling.

“Ik werk een beetje anders; Als deze behandeling helpt, zien we dat meestal al snel in het begin en niet pas aan het eind van de behandeling; Als het werkt, kunt u zo lang als u wilt hier terug komen. Als het niet werkt, zoeken we naar een consultatie (sessie 3 of 4), en als dat nog niet helpt overwegen we een verwijzing (niet later dan 8 à 10 sessies). Heeft u vragen?”

De vragenlijsten maken gebruik van een analoge schaal en geen cijfers van 0 t/m 10. Hiermee wordt vermeden dat cliënten de scores kunnen gaan vergelijken met eerder ingevulde scores: *“Vorige keer had ik een 7, nu denk ik een 8”*. Het is dus de bedoeling dat de cliënt de schalen invult, onafhankelijk van wat er de vorige keer ingevuld is.

Soms schrijft een cliënt cijfers (bijvoorbeeld 6) op de 4 horizontale lijnen. Pak dan een liniaal en meet het aantal millimeters waar het cijfer staat (Bijvoorbeeld 6,4). Vraag vervolgens welk getal het meest precies weergeeft wat hij of zij bedoelt: *“6 of 6,4?”*

4. Scoring

Papier en potloodversie

De cliënt zet 4 streepjes of kruisjes op de vier lijnen. Meet waar op de lijn het streepje of kruisje staat, van links naar rechts. Tel de scores van elke lijn op: minimale score is 0, de

maximale score is 40. Bijvoorbeeld $6,1 + 5,3 + 4,5 + 6,1 = 22,0$. De millimeters tellen mee en er wordt dus niet afgerond opgeteld.

Om de scoring bij de papier and potlood versie soepel te laten verlopen is het handig een liniaal van 40 cm (bijvoorbeeld 'Linex super 40 M') in de kantoorboekhandel te kopen. Om snel een totaalscore te bepalen en het therapeutisch contact zo weinig mogelijk te verstoren kan men de liniaal het werk laten doen: leg de liniaal op de eerste lijn (Individueel) en zet *op de liniaal* met een finelinerstift (0.4) een streepje waar de cliënt het kruisje heeft gezet. Pak vervolgens de liniaal op en gebruik dan de plek van het streepje als nulpunt van de tweede lijn (Relationeel) en zet dan weer een streepje op de liniaal. Doe ditzelfde met de lijnen Sociaal en Algemeen. Plot deze totaalscore op de grafiek. De streepjes op de plastic liniaal zijn weer makkelijk met een tissue af te vegen.

Handig is om in de grafiek verschillende kleuren voor de ORS en SRS te gebruiken.

Digitale versie

Bij de digitale versie van ASIST en MyOutcomes gebruikt de cliënt de muis om de scores in te voeren. Ook is het mogelijk een combinatie te gebruiken: op papier de vragenlijsten in te vullen en vervolgens de getallen in de computer in te voeren. Zie hiervoor de aanwijzingen op de websites.

5. Interpretatie ORS intakescore

Hoe lager de totaalscore, hoe meer de cliënt iets anders wilt in zijn of haar leven. Hoe hoger de totaalscore, hoe meer tevreden zij zijn met hun leven, hoe beter iemand functioneert, hoe meer coping.

Op itemniveau geeft een lage score op een (of meer) van de vier subschalen van de ORS weer op welk gebied de cliënt iets anders wil. Aan de andere kant geeft een hoge score op een (of meer) van de subschalen een beeld van de mogelijk sterke kanten van de cliënt.

A. Cut-off score

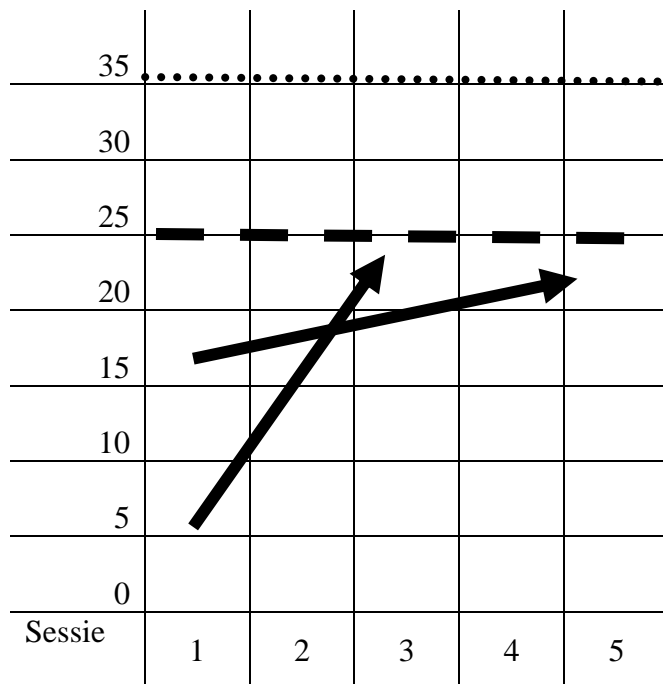
De *cut-off* score verdeelt de populatie in twee groepen: de klinische en de niet-klinische groep; een groep van cliënten die zegt dat ze een probleem of zorgen heeft en een groep cliënten die zegt dat hun leven goed gaat. De verdeling over deze twee groepen is afhankelijk van de doelgroep waarmee gewerkt wordt.

Bij sommige doelgroepen ligt de verdeling boven-onder de *cut-off* $1/4 - 3/4$, bij anderen is die verdeling $1/3 - 2/3$. Door deze indeling is het mogelijk voorspellingen te doen over het verloop van de therapie en de therapeutische interventie te bepalen.

De *cut-off* score is voor volwassenen 25, voor adolescenten 28 en voor kinderen 32. Het gegeven dat kinderen gemiddeld hoger scoren op de (C)ORS hoger komt overeen met het feit dat gestuurde cliënten over het algemeen ook hoger scoren. Kinderen worden ook vaker gestuurd of gedwongen in therapie te gaan door de ouders. Onbekend is of de SRS *cut-off* scores van volwassenen, jeugdigen en kinderen verschillen.

De gemiddelde ORS intakescore is voor volwassenen 19.

Cliënten die onder de *cut-off* scoren zullen afhankelijk van de score verbeteren. Hoe lager de score, hoe steiler en hoe eerder de verbetering plaats zal vinden. Hoe dichterbij de *cut-off* is, hoe vlakker, horizontaler de curve zal zijn. Zie onderstaande grafiek.



B. Onder de *cut-off*

De scores onder de *cut-off* worden ingedeeld in ernstig (*severe*) < 12; matig (*moderate*) 13 - 17 en gemiddeld (*average*) 18 - 25.

Hoe lager de score op de ORS hoe sneller en groter de verandering en hoe hoger het risico op drop out. Probeer deze cliënten wat langer vast te houden. Effectieve therapeuten zijn volgens Miller goed in staat om voortijdige drop-out te voorkomen en slagen erin beide groepen (met een lage of hogere score onder de *cut-off*) ook iets langer (1 of 2 sessies) in therapie te houden. Spreek een extra sessie af met de mogelijkheid deze af te bellen als het niet nodig is. Of spreek een telefonische sessie af als zij geen extra sessie willen afspreken.

Cliënten die hogere scores (vlak onder de 25) zullen pas na enige tijd zeggen dat de behandeling succes heeft gehad. Vaak klagen ze over allerlei problemen maar is de lijdensdruk niet hoog genoeg om er veel aan te doen – behalve erover te klagen.

C. Boven de *cut-off* score

Er zijn drie redenen zo schrijft Duncan (2010) waarom cliënten boven de *cut-off* in therapieruimte zitten:

- A) De meeste dingen in hun leven gaan goed, er is iets specifiek, vaak concreet iets waarvoor de hulp vragen;
- B) De meeste dingen in hun leven gaan goed, er is een wens voor individuele exploratie of groei;
- C) Iemand anders heeft de cliënt gesuggereerd of geëist dat ze naar een therapeut of hulpverlener gaan.

Er zijn hierbij een tweetal bevindingen:

1) Cliënten die boven de *cut-off* scoren kunnen verslechteren wanneer ze intensieve behandeling krijgen. Dit is gebaseerd op onderzoek gebaseerd op 65000 cliënten uit de VS. Besef dat dit gebaseerd is op het 50^e percentiel: cliënten kunnen wel verbeteren, maar de gemiddelde cliënt doet dat niet.

2) Cliënten die boven de *cut-off* scoren en vervolgens een steeds lagere ORS score krijgen, hebben een groot risico uit te vallen.

Bij een beginscore boven de 25 is inzichtgevende therapie gecontra-indiceerd. Wees voorzichtig om over problemen te praten, creëer een open atmosfeer en luister naar ze. Geloof niet als hulpverlener dat er altijd een probleem opgelost moet worden. Luisteren is vaak voldoende. Blijf pragmatisch, oplossingsgericht, probleemoplossend, zelfs al dringt de cliënt aan op inzicht. Miller zegt hierover dat deze cliënten a.h.w. ingetapet zijn: stevigheid hebben. Inzichtgevende therapie zou deze tape verwijderen, met alle gevolgen van dien. Het is niet de bedoeling om deze groep cliënten geen gesprekken aan te bieden, integendeel: Miller zegt: *“the goal is not to kick them out therapy, but to keep them engaged”*.

D. Instructie

❖ ORS intake score onder de *cut-off*: zeer laag (< 12)

Extreme scores op de ORS: ‘de strijd’ of de schokkende gebeurtenis heeft kort geleden plaatsgevonden. De cliënt maakt een statement, “het gaat niet goed, let op mij”. Luister en let goed op suïcide en automutilatie. Vraag dit dus expliciet.

Een beginvraag die dan goed aansluit is:

“Vertel, wat is er gebeurd?”

of

“Op dit moment gaat het niet goed, klopt dat? Kunt u vertellen wat u vandaag hier gebracht heeft?”

Eventueel aangevuld met:

“Vooral mensen die in dit gebied scoren zullen verbetering door de behandeling ervaren”

Deze laatste groep cliënten heeft een groot risico snel af te haken zodra zij zich beter voelen. De verbetering is zo snel én sterk dat zij veel verschil voelen en dan geen verdere therapie willen. We weten uit onderzoek dat juist deze groep cliënten nog iets meer kan profiteren van behandeling als ze iets langer in therapie gehouden worden.

❖ ORS intake score onder de *cut-off*: 13 - 25

Bij cliënten die onder de 25 scoren worden er twee opmerkingen gemaakt:

“U scoort onder de 25 en dat betekent dat u dingen anders wilt in uw leven en dat er ook dingen goed gaan. Klopt dat?”

Alternatief:

“Scores onder de stippellijn geven aan dat u valt onder de groep mensen die in therapie zijn en zeggen dat ze een aantal aspecten van hun leven graag zouden willen veranderen.

U bent nu niet in een crisis. Er zijn ook dingen in uw leven die goed gaan, klopt dat?”

In deze groep zitten ook cliënten die langdurige serieuze problemen hebben, maar toch een 22 of 23 op de ORS aangeven. Dit zijn cliënten die aangeven dat ze allerlei problemen hebben, maar zoals Scott zegt: *“It doesn't bother them too much”*, omdat ze er gedurende langere tijd aan gewend zijn geraakt. Ze praten meestal graag met hun therapeut en de therapeut kan in de verleiding komen te frequent af te spreken.

Bij cliënten die vlak onder de 25 scoren duurt het lang voordat zij zeggen dat de behandeling succesvol is geweest.

De vuistregel is dat men de zittingen verspreidt en weinig frequent afspraken maakt, een keer in de twee, drie weken om overdosering te voorkomen. Drop out komt in deze groep cliënten weinig voor.

❖ ORS intake score boven de cut-off score

Bij deze cliënten kunnen er drie dingen spelen:

- A) ze hebben een concrete (kleine) hulpvraag
- B) Persoonlijke exploratie of groei
- C) Ze zijn door iemand anders gestuurd

“Als ik het goed begrijp en kijk naar deze grafiek, dan gaat het (heel) goed met u, klopt dat?”

Of

“Scores boven de stippellijn geven aan dat u valt onder de groep mensen die niet in therapie zijn en die zeggen dat hun leven op de rails is maar dat een kleine verandering nodig zou zijn”

Vraag: *“Wat wilt u”* of *“Wie heeft u gestuurd?”*

Bij zeer hoge scores rond de 35: de scores kunnen alleen maar één kant op: naar beneden. Voorspel geen (terug)val maar vraag hoe hun leven er over een tijdje uit zal zien.

“Kan je je voorstellen hoe het leven er op de langere termijn uit zal zien?”

6. Vergelijking twee opeenvolgende ORS scores

Tussen 35-65% van de cliënten ervaart verandering in de eerste 7 sessies.

Als in therapie binnen 3 - 5 zittingen geen meetbare (*reliable*) verandering is, dan is er een groot risico op drop out.

Wanneer er twee ORS scores met elkaar worden vergeleken zijn er twee punten van belang:

- 1) Waar in de therapie vindt die vergelijking plaats: in het begin, midden of eind?
- 2) De hoeveelheid verandering (*magnitude*): niet teveel en niet te weinig.

Voor wie niet de beschikking heeft over de normen of een trajectum is er de **5 puntenregel** (*Reliable Change Index* oftewel verandering als gevolg van de behandeling): een verschil van ongeveer 5 punten op de ORS. De verandering is dan groter dan toeval, groei en *error*. De ‘5 punten vuistregel’ is dat er binnen de eerste en tweede of eerste en laatste sessie +5 punten verschil moet zijn. De 5 puntenregel is een gemiddelde en daarom wat onnauwkeurig, omdat er geen rekening met de beginscore, dus de mate van *distress* wordt gehouden. Immers, bij een lage beginscore op de ORS verwacht je een grotere verbetering dan 5 punten, bij een hoge beginscore verwacht je daarentegen een geringere verbetering.

❖ Te weinig verandering, onder 25^e percentiel

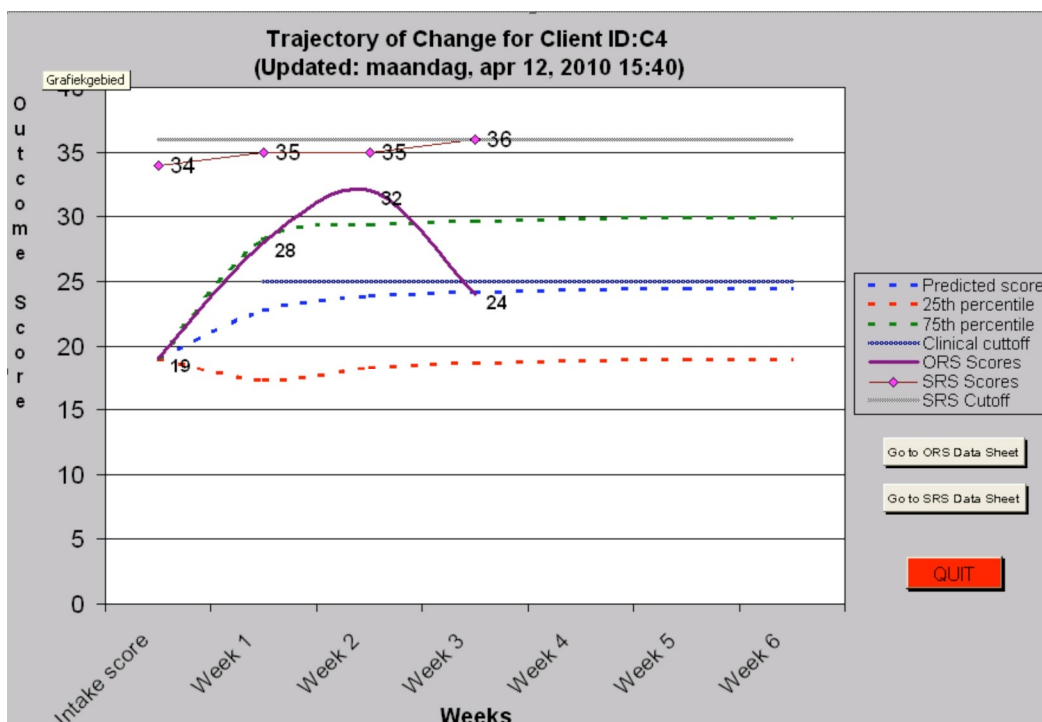
Stel dat de intakescore 19 is, en de tweede score eveneens 19, dan dient men terug te gaan naar de *alliance*, de therapeutische relatie: Wat heeft de therapeut gemist? Waren de doelen niet duidelijk? Hoe is de relatie met de cliënt?

Wanneer in de tweede sessie de cliënt net onder het 25^e percentiel scoort, bespreek dan de *alliance*. Bespreek dit zonder dat cliënt zich zorgen gaat maken.

“Kijk hier is de grafiek en u kunt zien dat we net boven het 25^e percentiel zijn. De meeste mensen scoren in de tweede sessie iets beter. Help me dit te begrijpen. Na de eerste keer, wat voelde u over de eerste sessie. Miste u iets? Gaan we in de goede richting? Heeft u ideeën, gevoelens, dingen die we anders moeten doen?”

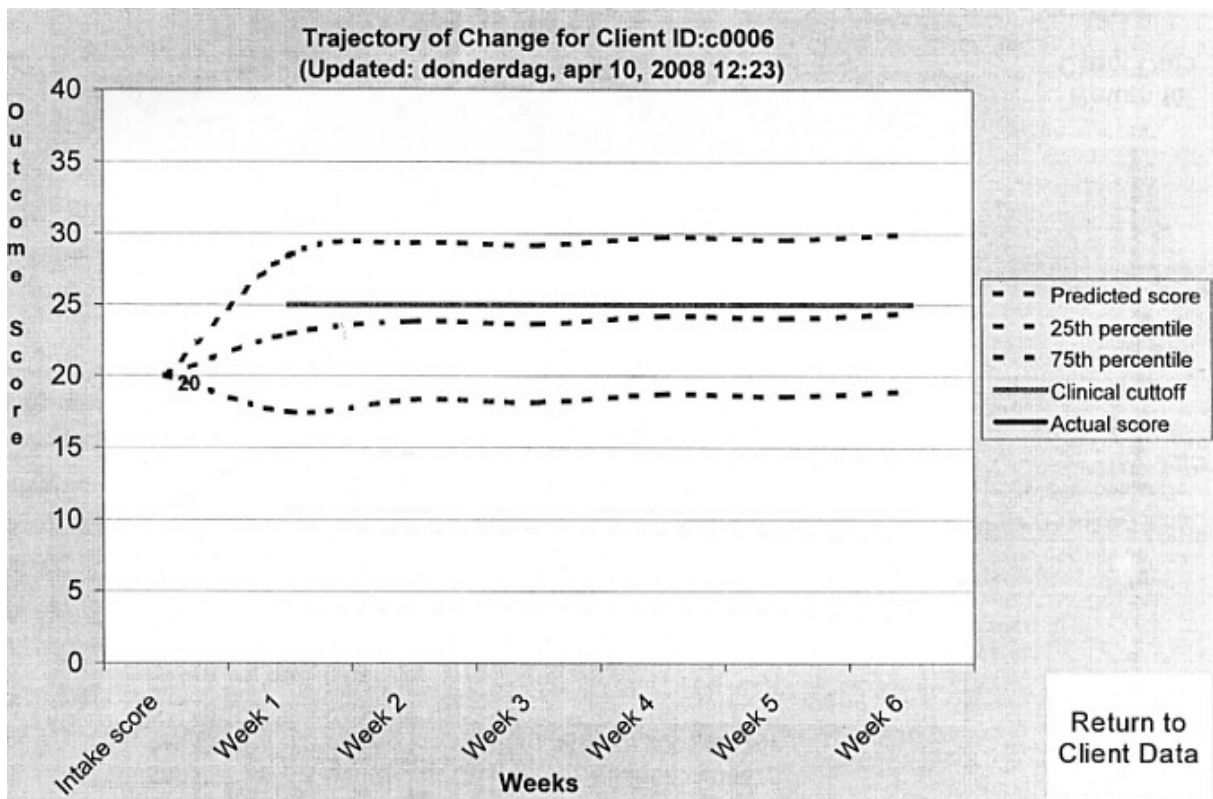
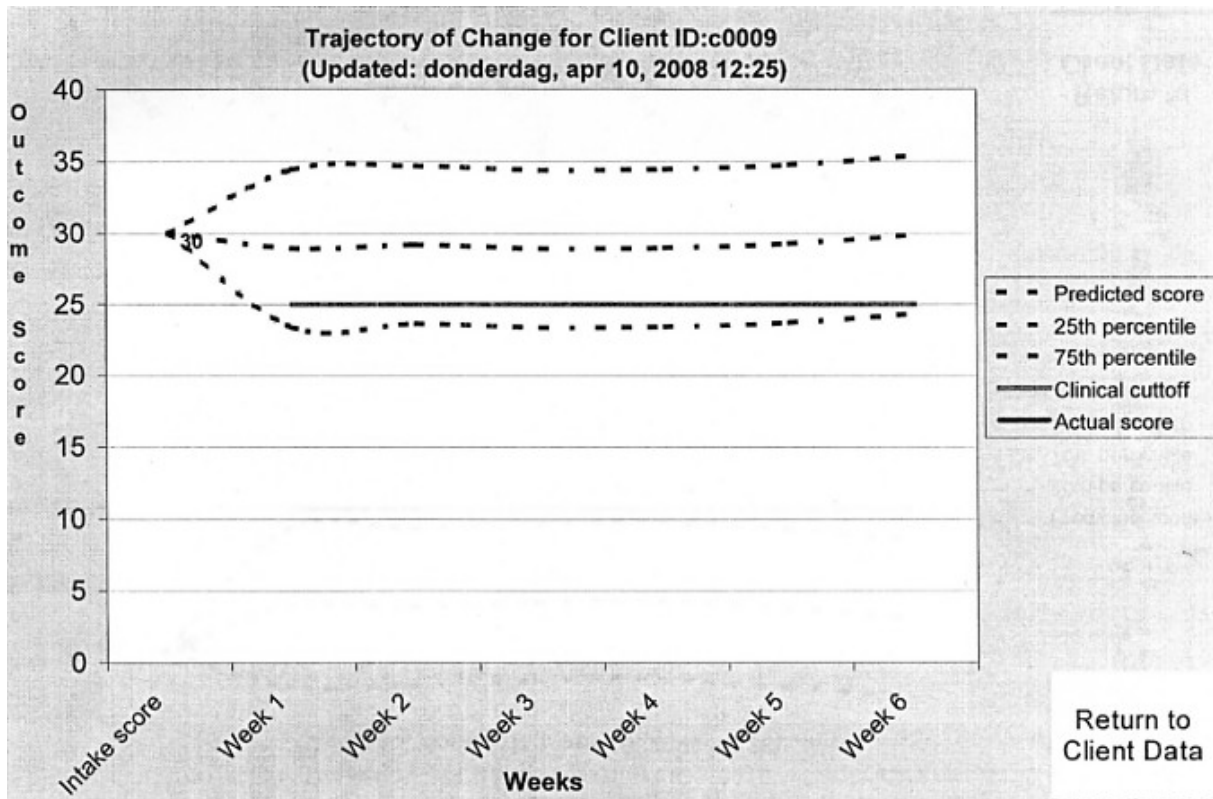
❖ Te grote verandering, boven 75^e percentiel

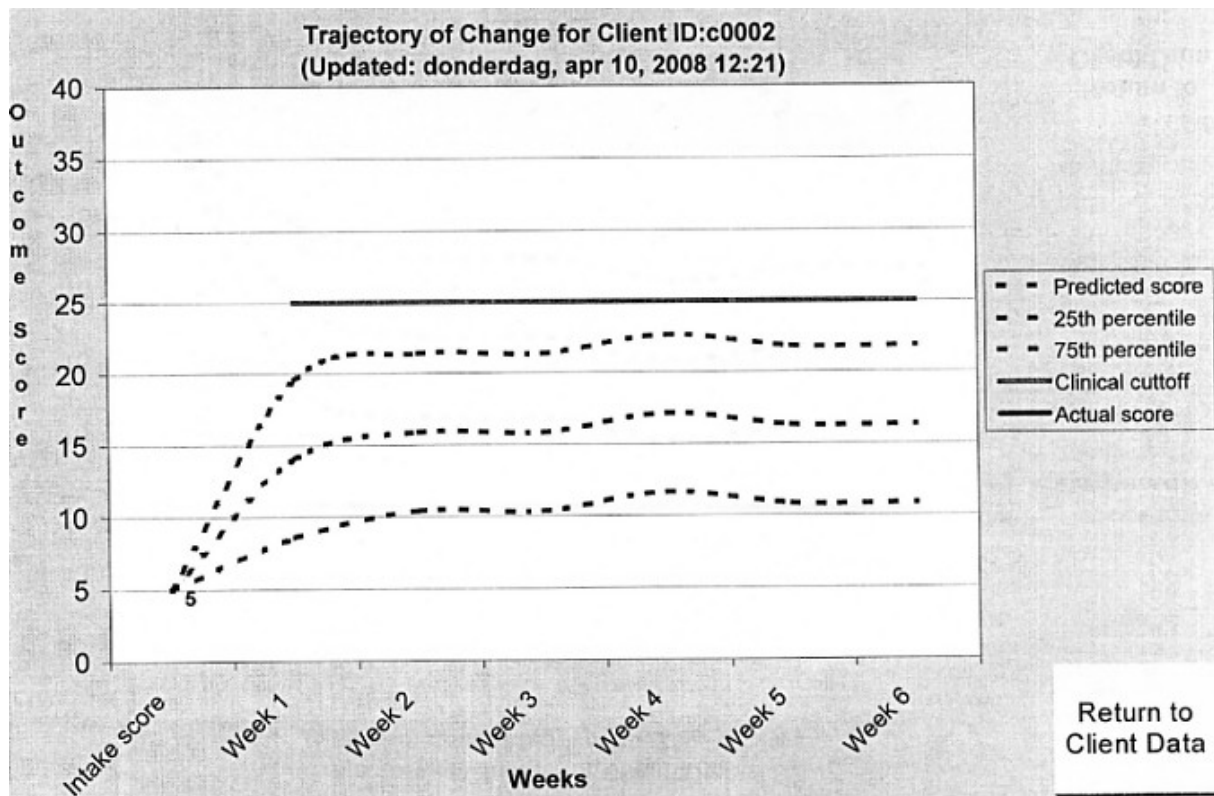
Wanneer een cliënt bij de intake een score van 19 heeft en een tweede score van 28 dan is de verandering meer dan 5 punten. Het risico is dat cliënten ‘opbranden’. De verwachting binnen het trajectum is een score van 24. Wanneer de score omhoog blijft gaan (bijvoorbeeld 32 in de derde sessie), waarschuw de cliënt dan voor een daling. Van 32 naar 24 is een zeer sterke daling die de cliënt onterecht kan interpreteren als teken van een mislukte therapie. Door tijdig hiervoor te waarschuwen kan de cliënt die score in het juiste perspectief zien en teleurstelling worden voorkomen. Zie onderstaande grafiek.



7. Trajectum

De beginscore voorspelt het verloop van de behandeling. Dit traject kan worden weergegeven en vergeleken met de database. Deze database zijn de normen, weergegeven als een gemiddelde baan (50^e percentiel), begrensd door een ondergrens (25^e percentiel) en een bovengrens (75^e percentiel): een trajectum oftewel zone van het voorspelde verloop. Het is van belang om de scores, weergegeven in het trajectum, met de cliënten te bespreken.





Veel diagnostische informatie over het therapie verloop kan worden gehaald uit het verloop van de grafieken van zowel ORS als SRS. De scores kunnen gebruikt worden om de cliënt te betrekken in een discussie over de voortgang van de therapie en – belangrijker – wat er gedaan moet worden als er geen vooruitgang zichtbaar is.

Bedenk goed dat de trajecta gebaseerd zijn op *gemiddelden* van cliënten uit de VS. Ook is het belangrijk te realiseren dat per werksetting en cliëntenpopulatie de vorm van de trajecta en dus de verschillende normen afwijken. De ORS scores zijn geen indicatie voor de (in)effectiviteit van de therapeut.

Ondanks verschillen is het belangrijk te beseffen dat *de meeste verandering* in het begin van de behandeling zit. Hoe lager de intakescore is, hoe steiler het trajectum verloopt. Hoe dichter de ORS (of CORS) de *cut-off* nadert, hoe vlakker het trajectum verloopt. Wanneer er dus geen of onvoldoende (onder het 25^e percentiel) verandering in de eerste 3 tot 6 sessies plaatsvindt moet de therapeut actie ondernemen. Dit geldt vooral wanneer er sprake is van een lage beginscore op de ORS. Weinig verandering bij een lage ORS beginscore (bijvoorbeeld 7) is een sterker alarmsignaal dan weinig verandering bij een hogere ORS beginscore (bijvoorbeeld 25).

Als vuistregel geldt dan, om bij de 3^e sessie een collega te consulteren. Wanneer dit niet resulteert in een verbetering in sessie 4, 5 en 6 dient een verwijzing te worden besproken, uiterlijk in sessie 6.

Aan de andere kant: Wanneer de ORS scores de eerste paar sessies wel binnen het trajectum vallen, betekent dat niet dat het probleem opgelost is of dat de therapeut achterover kan leunen. Het betekent alleen dat de behandeling op koers zit.

8. Frequentie

Wat betreft frequentie van de sessies geldt als regel dat zodra de cliënt de knik (punt waarop de stijgende verticale lijn buigt en over gaat in een vlakker, horizontaal gedeelte) in de grafiek

heeft bereikt, de afspraken gespreid gaan worden (*space out*). Als de verandering (*rate of change*) dus steeds vlakker wordt, ga dan de frequentie verlagen.

Wanneer de cliënt toch aandringt op een afspraak op korte termijn dan is een waarschuwing op z'n plaats:

“Therapie lijkt op een dieet: het meeste val je af in de eerste sessies. In de vervolgfase van de therapie is tijd nodig om een verschil te merken en ik wil niet dat je ontmoedigd raakt als er geen grote veranderingen meer plaatsvinden”.

Eventueel aangevuld met:

“Let komende tijd op hoe je de verandering kan blijven volhouden. Je zult een microscoop nodig hebben om veranderingen te zien”.

9. Afwijkende scores buiten het trajectum

De scores op de ORS moeten binnen het trajectum blijven, tussen het 25^e en 75^e percentiel.

Stel dat de eerste 5 zittingen mooi binnen een bepaald trajectum vallen en dan opeens in zitting 6 een scherpe daling onder het trajectum vertoont, dan kan het zijn dat er sprake is van wat we wel een ***bitch ditch***: - ‘een kuil die bedriegt’ - noemen. Er is dan een externe factor die niets met de therapie te maken heeft, bijvoorbeeld een tegenvaller op het werk. Laat je niet verleiden in zitting 6 alleen maar over die externe (negatieve) factor te praten. Doe zo weinig mogelijk en zorg er dus ook voor dat de thema's van de eerste 5 zittingen aan bod komen. We weten dat er een grote kans is dat de score in zitting 7 weer binnen het trajectum zal vallen.

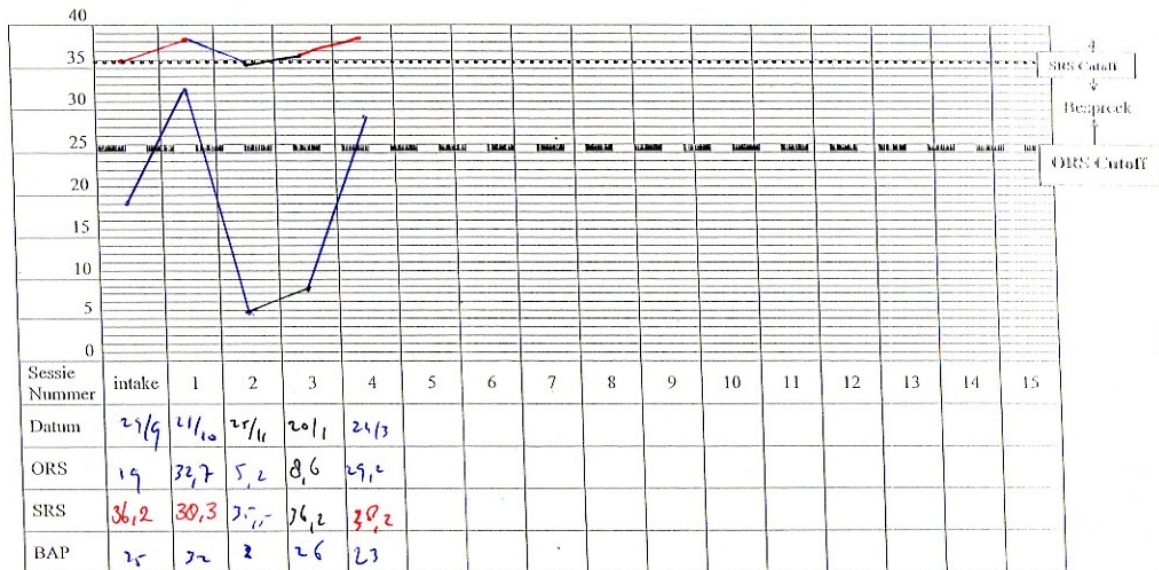
Hoe langer het duurt dat de cliënt te weinig of geen vooruitgang boekt, hoe groter de kans dat de cliënt outcome en alliance gaat verwarren en **afhankelijk** wordt: *“At least I see you”*. Deze cliënten (en therapeuten) verwarren goed gevoel met verandering. Het typerende profiel is een (zeer) hoge SRS-scores, gecombineerd met een vlakke horizontale lijn van lage ORS-scores, onder het 25^e percentiel.

Van een **rollercoaster, achtbaan of zigzagprofiel** is sprake wanneer de scores op de ORS sterk fluctueren, buiten het trajectum. De therapie lijkt dan geen greep te krijgen op de cliënt en dreigt te mislukken. Zie onderstaande grafiek.

Let erop dat deze grafiek ook kan voorkomen bij jonge cliënten die de lijst invullen zoals zij zich nu voelen, i.p.v. afgelopen week. De instructie dient dan te worden aangepast.

Wanneer dit niet het geval is dient de therapeut de therapeutische relatie te bespreken en te kijken wat er moet gebeuren. Indien na ca. 7 sessie nog geen stabiel patroon bereikt is, moet

een verwijzing naar een andere therapeut besproken worden.



Wanneer in het begin een sterke stijging plaatsvindt maar na enkele zittingen een gestage daling, 2 of 3 punten dalen gedurende 2 a 3 sessies, noemen we dit **bleeding**, oftewel doodbloeden of opbranden. Deze stijging lijkt een gevolg van de hoop die cliënt had. Later in de therapie blijkt die hoop onvoldoende voor echte verandering.

10. Gebruik als interventie-instrument

CDOI geeft dus een diagnose van het behandelproces, maar kan tevens als interventie-instrument in de therapie gebruikt worden.

Op itemniveau kunnen bijvoorbeeld de scores onderling vergeleken worden. Bij echtparen kan bijvoorbeeld de score van de man en de vrouw op relationele schaal onderwerp van gesprek zijn: *“Wat moet er gebeuren zodat u volgende keer dezelfde score invult op deze relationele schaal; wat doet hij anders en wat doet u dan anders?”*.

Een andere interventie, bruikbaar voor partnerrelatieproblemen is om de sessie te starten met de vraag aan de echtgenoot om de ORS score van zijn vrouw te raden. Meestal raadt de man de lage score van zijn vrouw en voelt zij (meer) erkenning.

Wanneer iemand gestuurd is, vraag dan de cliënt de ORS opnieuw in te vullen, maar dan door de ogen van diegene die hem of haar gestuurd heeft. Dus nadat de cliënt de ORS in het begin van het gesprek heeft ingevuld, kan de cliënt gevraagd worden de ORS nog een keer in te vullen, maar dan zoals hij of zij denkt dat de verwijzer de lijst over de cliënt zou invullen:

“Hoe zou uw huisarts deze vragenlijst over u invullen?”

De scores van de cliënt zelf en verwijzer kunnen dan onderwerp van gesprek zijn. Een vraag die hierbij aansluit zou kunnen luiden: *“Wat weet u over uzelf, waarvan uw verwijzer zich niet bewust is?”*

De ORS kan ook aanvullende informatie geven. Wanneer de cliënt bijvoorbeeld een hoge score heeft en een somber verhaal vertelt over afgelopen week, kan doorgevraagd worden over de dingen die wel zijn gelukt.

11. Andere toepassingen

Het bespreken van de grafieken kan gebeuren bij intervisie of cliëntbesprekingen. Hierin bespreek men bijvoorbeeld alleen de niet goed lopende behandelingen: behandelingen die buiten de verwachte trajecta vallen. Goed lopende behandelingen behoeven minder aandacht.

12. Session Rating Scale

De SRS is een engagement instrument. De SRS is afgeleid van de indeling volgens Bordin (1979). De SRS helpt de behandeling af te stemmen op de cliënt en zo drop out te voorkomen. De SRS stelt ons in staat breuken in de *alliance* te herstellen. Essentieel is om na het invullen deze negatieve feedback te ontlocken. De houding van de therapeut moet open en veilig genoeg zijn, zodat de cliënt zich vrij voelt om te zeggen wanneer er iets aan de therapie schort. Bedank de cliënt dan ook altijd voor de feedback en beschouw negatieve feedback als een cadeau (*there is no bad news*) en ook als een kans om de relatie te verbeteren. Wanneer aan het eind van het gesprek vergeten wordt de SRS af te nemen, bijvoorbeeld door haast, is er een groter risico op drop out.

De SRS heeft een '*narrow window*': de *cut-off* score is 36. Scores van de cliënt over de therapeut moeten dus relatief hoog uitvallen, tussen de 36 en 40. Deze scores zijn zo hoog omdat de meeste cliënten het moeilijk vinden negatieve feedback te geven. Tussen de 0-34 noemen we slecht, tussen de 35-38 is redelijk en 39-40 is goed.

A. Wanneer

Ca. 5 minuten voor het eind van elke zitting neemt men de SRS, CSRS of YCSRS af. In tegenstelling tot de ORS - waar de totaalscore in de zitting wordt uitgerekend - kan het meten en berekenen van de totaalscore plaatsvinden als de cliënt de ruimte heeft verlaten. De hulpverlener kan al heel snel zien of de totaalscore boven de *cut-off* score 36 is: dat is (4 maal) 1 centimeter van rechts.

Bij de SRS is het van groot belang de negatieve feedback *aan het begin* van dit proces, in de eerste of tweede sessie te ontlocken.

B. Instructie:

"Deze vragenlijst helpt mij om te weten hoe de sessie ging. Het meet om zo te zeggen de temperatuur van het gesprek. Wilt u dit invullen?"

Eventueel aangevuld met: *"Feedback van de cliënt over de therapeut is essentieel voor het slagen van de behandeling". "Ik ben er erg in geïnteresseerd hoe u de zitting heeft ervaren, dit helpt mij om de behandeling zo goed mogelijk aan te sluiten bij wat u nodig heeft".*

- cliënt vult de SRS in –

"Bedankt voor het invullen". "Kunt u mij vertellen wat ik beter kan doen?"

Bedank voor de feedback en blijf deze in de volgende sessies aanmoedigen. Wat vermeden moet worden is de feedback die cliënt heeft gegeven te gebruiken om de cliënt te confronteren: "dit is nu typisch iets waar u uw moeder ook steeds zo van beschuldigt".

C. Sociaal wenselijk

Een maximale score van 40 zegt weinig en is niet altijd een teken van een goede relatie omdat de cliënten de SRS sociaal wenselijk kunnen invullen. Juist therapeuten die erin slagen om in de eerste paar sessies negatieve feedback te krijgen en deze gedurende de therapie weten om te zetten in een steeds hogere SRS score zijn vaak therapeuten met een hogere *effect size*.

D. Feedback

Zoals al eerder vermeld, is het cruciaal dat de therapeut openstaat voor feedback, hoe de cliënt de therapie heeft ervaren. Er dient dus een open en eerlijk, transparant en veilig klimaat gecreëerd te worden, waarin de cliënt zijn of haar negatieve feedback kan melden. Probeer de feedback toe te spitsen op een taak en niet op de persoon van de therapeut.

Vaak zeggen cliënten niet te weten wat er anders kan. Hieronder zijn enkele suggesties voor het doorvragen:

- *Ik wil graag een betere therapeut worden en ben hierin van u afhankelijk, wilt u mij helpen?*
- *Wat kan ik verbeteren?*
- *Het gaat er niet om mij een plezier te doen, maar om je eerlijke mening te geven over ons gesprek.*
- *Kunt u iets kleins noemen?*
- *Soms mis ik zelf dingen, kunt u iets noemen?*
- *Mag ik u over een paar dagen nog eens bellen of u iets te binnen is geschoten?*
- *Een 10 score geeft me weinig informatie over hoe het gegaan is. Perfect bestaat niet. Elk verschil is voor mij belangrijk.*
- *Kunt u vertellen wat u vandaag niet goed vond aan het gesprek, wat ik zei, deed, of waar we het over gehad hebben. Zodat ik u beter kan begrijpen, waar u mee zit en beter op kan letten wat u nodig heeft.*
- *Ik heb ook blinde vlekken, alleen u kunt mij er op wijzen.*
- *Wat zou u uw beste vriendin vertellen over mij?*
- *Therapie is een samenwerking, als u zich bij mij niet op uw gemak voelt of niet geholpen voelt, wil ik het graag weten, ook voor mijzelf. Ook kleine dingen kunnen belangrijk zijn.*
- *Het is goed om te weten wat werkt en wat niet werkt.*
- *Waar was u vandaag tevreden over? En waarover was u minder tevreden, wat moet ik de volgende keer anders doen?*
- *U zegt dat u nooit een hoger cijfer geeft dan een 8. Stel dat u dat wel zou doen, wat zou ik dan anders kunnen doen om dat te krijgen?*
- *Is er iets kleins dat u zelf waarschijnlijk niet de moeite waard vindt om te vertellen, maar mij wellicht kan helpen?*
- *Is er iets wat u weerhoudt om volgende keer terug te komen?*
- *Kunt u mij tips geven wat ik bij mijn andere cliënten niet moet doen?*
- *Stel dat de lijn doorloopt tot 15 wat kan ik dan nog beter doen volgende keer?*
- *Stel dat op weg naar huis u iets te binnen schiet, wilt u mij dit dan laten weten, bellen, mailen of in ieder geval dat de eerstvolgende keer melden?*
- *Heb ik echt alles besproken?*
- *Ik heb geen hogere score nodig, maar een tip die ik kan gebruiken.*

Bij zeer lage SRS scores is het belangrijk hiervoor de tijd te nemen. Omdat er vaak aan het eind van de behandeling geen tijd meer over is, dient men hiervoor in een volgende zitting uitgebreid de tijd te nemen. Het is van belang om te voorkomen dat een cliënt afhaakt. Als je een lage SRS krijgt waar je niet goed meer op in kunt gaan vraag dan expliciet:

“Is er iets dat we vandaag in elk geval moeten bespreken om te zorgen dat u zich in het volgende gesprek op uw gemak voelt?”

13. Trajectum SRS.

De SRS heeft een *narrow window*, kleine fluctuaties kunnen grote gevolgen hebben. Slechts 1 punt daling op de SRS kan therapie doen mislukken: bespreek *alliance*.

Als ORS daalt of niet stijgt en SRS 1 punt daalt: bespreek dit meteen om drop-out te voorkomen.

Als na drie zittingen de ORS hetzelfde blijft of daalt: bespreek *alliance* ongeacht de SRS score.

Wees voorzichtig met het veranderen van de relatie wanneer de ORS scores aangeven dat het beter gaat met uw cliënt. Zolang de ORS scores stabiel stijgen, zijn de lichte fluctuaties van de SRS van ondergeschikt belang. Ga dan door op de ingeslagen weg en strategie.

14. Afsluiten van de behandeling

Zolang de cliënt in therapie wil blijven én zolang er betekenisvolle verandering is, kan de therapie doorgaan. Lange therapieën zijn dus prima - zolang er maar vooruitgang is. Zoals al eerder genoemd slagen effectieve therapeuten erin cliënten iets langer (1 of 2 sessies) in therapie te houden. Blijven cliënten dan niet eindeloos in therapie? Nee, ervaring leert dat meestal cliënten, die hun doelen bereikt hebben, nadat zij zijn opgeknapt en zich beter voelen, met hun leven willen doorgaan en zelf de therapie willen beëindigen.

Alhoewel trajecta van de ORS gebaseerd zijn op gemiddelden van de ORS lopen de lijnen na een aantal zittingen horizontaal en zit de meeste verandering in het begin. Dat betekent dat cliënten met een hele lage beginscore gemiddeld de *cut-off* score van 25 niet zullen bereiken. Het doel is niet om boven de *cut-off* score te komen. Dus als iemand met een score 5 begint en binnen enkele sessies eindigt bij 20 is de hoeveelheid verandering enorm. Wellicht kan de score van deze cliënt wel na jarenlange therapie van 20 naar 25 stijgen, maar meestal besluiten cliënten zelf al dat het genoeg is en willen ze niet jarenlang in therapie.

Bij cliënten die een hogere beginscore hebben zal er weinig verschil zijn tussen de beginscore en de uiteindelijke eindscore op de ORS. Bijvoorbeeld: iemand die begint met een ORS score 25 eindigt met een score van 27. De score van 25 geeft aan dat zijn leven over het algemeen goed verloopt, maar dat hij aan eind van de therapie geweldig geholpen is omdat hij of zij bijvoorbeeld van zijn fobie is verlost.

Bijlage I Websites:

www.centerforclinicaexcellence.com

www.heartandsoulofchange.com

www.scottdmiller.com

www.talkingcure.com

Bijlage II geraadpleegde literatuur

- Anker, M.G., Duncan, B.L. & Sparks, J.A. (2009). Using client feedback to improve couples therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of counselling and clinical psychology*, vol 77, No. 4, 693-704.
- Brown, J., Dreis, S., Nace, D.K. (1999). What really makes a difference in psychotherapy outcome. In: M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.D. Miller (eds). *The heart and soul of change*. Washington: American Psychological Association.
- Connors, G.J. & Carroll, K.M. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment and participation and outcome. *J. of Consulting and Clinical psychology*, 65 (4), 588-98.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J.A (2004). *The heroic client: a revolutionary way to improve effectiveness through Client-Directed, Outcome-Informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan, B.L. (2010). *On becoming a better therapist*. Washington: American Psychological Association.
- Duncan, B.L. et.al (eds) (2010). *The heart and soul of change second edition: delivering what works in therapy*. Washington: American psychological Association.
- Elkin, I. et.al. (1989). The NIMH TDCRP: general effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-82.
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, W. & Shimokawa, K. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Sessions*, vol. 61 (2) 155-163, Wiley Periodicals.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L. Miller, S.D. eds. (1999). *The heart and soul of change; what works in therapy*. Washington: American psychological Association.
- Miller, S.D. & Duncan, B.L.(2004). *The Outcome and Session Rating Scales. Administration and scoring manual*. Chicago: Institute for the study of Therapeutic Change.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sorrel, R., Chalk, M.B.(2006). Using formal feedback client feedback to improve retention and outcome: making ongoing, real-time assessment feasible. Institute for the study of Therapeutic Change, Chicago.
- Shelef, K., Diamond, G. Liddle, H. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in MDFT. *J. of Consulting and Clinical psychology*, 73 (4), 689-698.
- Stiles, W.B. et.al. (2006). Effectiveness of cognitive behavioural, person-centered, and psychodynamic therapies as practiced in UK National Health Service Settings. *Psychological Medicine*, 36, 555-566.
- Wampold, B.E. et.al. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically all must have prices. *Psychological Bulletin*, 122 (3), 203-215.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate; models, methods, and findings*. New Jersey & London: Lawrence Erlbaum.

Bijlage III Telefonische afname ORS

Ik ga u nu 4 vragen stellen over verschillende gebieden van uw leven waaronder uw persoonlijke, relationele en sociale functioneren.

U wordt gevraagd een cijfer te geven op een schaal van 0 tot 10, waarbij 10 heel hoog (of goed) is en 0 heel laag (of slecht).

“Wanneer u terugkijkt over de afgelopen week”

1. “Hoe vindt u dat het persoonlijk met uzelf gegaan is, op een schaal van 0 tot 10?”

- a. Wanneer de cliënt om verduidelijking vraagt, zeg dan: *“u als individu, uw eigen functioneren”*.
- b. Wanneer de cliënt twee cijfers geeft, vraag dan: *“welk cijfer wilt u dat ik opschrijf?”*
of: *“is het dichterbij X of Y?”*
- c. Wanneer de cliënt een cijfer geeft voor een deelgebied van zijn functioneren en een ander cijfer voor een ander deelgebied, kies dan het laagste getal.

2. “Hoe is het gegaan in uw relaties met belangrijke anderen, op een schaal van 0 tot 10?”

- a. Wanneer de cliënt om verduidelijking vraagt, zeg dan: *“in uw familie of gezin”, ‘met intieme vrienden’*.
- b. Wanneer de cliënt twee cijfers geeft, vraag dan: *“welk cijfer wilt u dat ik opschrijf?”*
of: *“is het dichterbij X of Y?”*
- c. Wanneer de cliënt een cijfer geeft voor de relatie met een familielid en een ander cijfer geeft voor een ander familielid of (partner) relatie, kies dan het laagste getal.

3. “Hoe is het gegaan wat betreft uw sociale functioneren, op een schaal van 0 tot 10?”

- a. Wanneer de cliënt om verduidelijking vraagt, zeg dan: *“werk, opleiding en sociale contacten”*.
- b. Wanneer de cliënt twee getallen geeft, vraag dan: *“welk nummer wilt u dat ik noteer?”*,
of: *“is het dichterbij X of Y?”*
- c. Wanneer de cliënt een getal geeft voor een onderdeel van zijn/haar sociale functioneren en een ander getal geeft voor een ander onderdeel, kies dan het laagste getal.

4. “Tenslotte, gegeven de antwoorden op de vorige vragen, welk cijfer geeft u voor hoe het - alles bij elkaar - de afgelopen week is gegaan, op een schaal van 0 tot 10?”