

“Je kunt handhaven nastreven, maar je kunt geen terugval voorkomen”

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen of verwachtingen van professionele hulpverleners die (gaan) werken met de richtlijn “Terugvalpreventie voor jeugdigen met anorexia nervosa”

Naam	J.M.J. Dahmen
Voornaam	Janet
Studentnummer	3350916
Datum	01-07-2011
Naam universiteit	Universiteit Utrecht, Master Verplegingswetenschap Klinische Gezondheidswetenschappen, UMC- Utrecht
Cursus	Uitvoering afstudeerproject
Begeleider	Drs. G. van der Hoof-Leemans
Cursusdocent	Dr. H. van Os-Medendorp
Beoogd tijdschrift	Tijdschrift voor psychiatrie
Referentie stijl	Eigen stijl tijdschrift
Aantal woorden van het artikel	4410 woorden
Aantal woorden samenvatting	210 woorden
Aantal woorden abstract	215 woorden

Samenvatting

Achtergrond

Veel jeugdigen met anorexia nervosa (AN) vallen na een klinische behandeling terug. Daarom werd de Nederlandse richtlijn “terugvalpreventie voor jeugdigen met AN” ontwikkeld, een interventie dienend als zorggerichte preventie. Deze richtlijn werd geïmplementeerd in een algemene kinder- en jeugdpsychiatrische instelling. De hanteerbaarheid en bruikbaarheid waren onbekend.

Doel

Het verkrijgen van inzicht in de ervaringen en verwachtingen van professionele hulpverleners betreffende de hanteerbaarheid en bruikbaarheid van de richtlijn in een algemene kinder- en jeugdpsychiatrische instelling.

Methode

Een kwalitatieve survey onder professionele hulpverleners die (gaan) werken met de richtlijn werd uitgevoerd. Data werden verzameld door negen individuele interviews, twee groepsinterviews en het bijwonen van een evaluatievergadering over de richtlijn.

Resultaten

In deze studie bestonden twee respondentengroepen. Verwachtingen werden beschreven door respondentengroep 1 en ervaringen door respondentengroep 2. Respondentengroep 2 vond de richtlijn duidelijk, concreet en begrijpbaar voor de meeste jeugdigen. Beiden respondentengroepen verwachten dat professionele hulpverleners goed met de richtlijn kunnen werken en dat de richtlijn past bij de werkwijze van de kliniek. Wel vonden beide respondentengroepen de richtlijn minder passen bij jeugdigen met AN in de precontemplatie- en contemplatiefase.

Conclusie

De richtlijn is hanteerbaar en bruikbaar voor professionele hulpverleners van een algemene kinder- en jeugdpsychiatrische instelling. Wel vormen jeugdigen in de precontemplatie- en contemplatiefase een lastige doelgroep voor dit handavingsplan.

Trefwoorden: anorexia nervosa, terugvalpreventie, signaleringsplan, bruikbaarheid, hanteerbaarheid.

Abstract

Background

After a clinical treatment many adolescents with anorexia nervosa (AN) relapse. For this reason, a guideline was developed in the Netherlands. This is an intervention for prevention-oriented care. This guideline was implemented in a general psychiatric institution for children and adolescents. Practicality and applicability were unknown.

Aim

The aim of this study was to understand the experiences and expectations of professionals about the practicality and applicability of this guideline in a general psychiatric institution for children and adolescents.

Method

A qualitative survey was conducted by professionals who (will) work with the guideline. Data were collected with nine individual interviews, two group interviews and a review meeting about the guideline.

Results

Respondents were subdivided into two groups. Expectations were described by group 1 and experiences by group 2. Respondent group 1 described the guideline as clear, concrete and understandable for most adolescents. Both groups expect that professionals can work with the guideline. The guideline also fits with the clinic. The groups of respondents have found that the guideline is unsuitable to adolescents with AN in the stage of contemplation and precontemplation.

Conclusion

The guideline is practicality and applicability for professionals from a general psychiatric institution for children and adolescents. Adolescents in the stage of contemplation and precontemplation are a difficult target group for the guideline.

Keywords: anorexia nervosa, relapse prevention, early warning signs, practicality, applicability.

Achtergrond

Anorexia nervosa (AN) is een psychiatrische ziekte die gekenmerkt wordt door een streven naar slankheid, resulterend in gewichtsverlies en weigering van het handhaven van een normaal lichaamsgewicht (APA 1994). De behandeling duurt gemiddeld 6,5 jaar en verloopt veelal fluctuerend (Fisher e.a. 1995). Tijdens deze behandelperiode kan een opname noodzakelijk zijn. Een klinische behandeling, ongeacht leeftijd en geslacht, is geïndiceerd bij medische risico's, tekortschietende ambulante behandelingen of ernstige comorbiditeit (Trimbos-instituut 2006). Na een succesvolle klinische behandeling valt 30-50%, ongeacht leeftijd, binnen één jaar terug (Pike e.a. 2003). Van terugval is sprake bij aanwezigheid van één of meerdere van de volgende factoren: gewichtsverlies tot onder een Body Mass Index (BMI)¹ van 18.5, toename restrictief eten, toename van gedragssymptomen zoals irrationele cognities over lichaamsvorm en gewicht, uitblijven van menstruatie als deze eerder was teruggekeerd en medische problemen optreden die met AN samenhangen (Pike 1998). De kans op een terugval verlaagt tot vrijwel nul als de patiënt gedurende achttien maanden na een klinische behandeling niet terugvalt (Carter e.a. 2004).

Een onderdeel van de behandeling is zorggerichte preventie, ofwel het indiceren van interventies ter preventie van een terugval (Trimbos-instituut 2010). Begin 2010 uitten, via de audiovisuele media, jeugdigen en ouders hun onvrede over deze zorggerichte preventie. De bestaande werkwijze van professionele hulpverleners werd niet ondersteunend genoeg ervaren (KRO 2010). Verschillende kwalitatieve en kwantitatieve studies, veelal gericht op volwassenen, (Carter e.a. 2004; Carter e.a. 2009; Castro-Fornieles e.a. 2007; Cockell e.a. 2004; Federici & Kaplan 2008; Fennig e.a. 2002; Kaye e.a. 2001; Kaplan e.a. 2009; Keel e.a. 2005; Pike e.a. 2003; Steinhausen e.a. 2008; van Ommen e.a. 2009; Walsh e.a. 2006) hebben interventies onderzocht, zoals psychofarmacologische- en psychotherapeutische behandelingen, die dienen als zorggerichte preventie. Deze resultaten zijn nauwelijks vergelijkbaar door het grote verschil in aard, omvang, onderzoekspopulatie en uitkomstmaten. Daarnaast zijn de uitkomsten nauwelijks positief en beperkt generaliseerbaar naar de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg, doordat de onderzoekslocaties van deze internationale studies verschillen met de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Effectieve handvaten bleken niet beschikbaar voor professionele hulpverleners. Daarom adviseren meerdere studies een nieuwe interventie te ontwikkelen, waarbij professionele hulpverleners patiënten ondersteunen bij het adequaat omgaan met de risicofactoren van een terugval (Carter e.a. 2009; Eisleir e.a. 1997; Fennig e.a. 2002; Kaye e.a. 2001; Pike 1998; Walsh e.a. 2006). Tabel 1 maakt de in de literatuur gevonden risicofactoren voor jeugdigen en volwassenen inzichtelijk.

< Tabel 1 >

¹ BMI is een verhouding tussen het gewicht en de lengte, die het risico van het gewicht voor de gezondheid weergeeft (Bereken je BMI 2009)

Vanwege het hoge terugvalpercentage en de afwezigheid van effectieve interventies is een nieuwe richtlijn, "Terugvalpreventie voor jeugdigen met anorexia nervosa", ontwikkeld in een Nederlandse gespecialiseerde instelling voor jeugdigen en volwassenen met een eetstoornis (instelling A). Een signaleringsplan, wat terugvalpreventieplan wordt genoemd. Het is een hulpmiddel voor, niet nader gespecificeerde, professionele hulpverleners bij het ondersteunen van jeugdigen en hun ouders bij het tijdig herkennen van een terugval door adequaat om te gaan met risicofactoren en uitlokkers. Een deel van de in de literatuur beschreven risicofactoren werden hierin opgenomen: verstoorde lichaamsbeleving, onjuiste copingvaardigheden, compulsieve drift om te bewegen en eerdere behandelingen. Het opstellen van een terugvalpreventieplan verloopt als volgt: bespreken sterke kanten van jeugdige, inventariseren van risicofactoren en uitlokkers, in kaart brengen van vroege voortekenen en het opstellen van acties die uitgevoerd kunnen worden wanneer de jeugdige geconfronteerd wordt met de voorspellende factoren en uitlokkers. Vervolgens worden personen aangewezen die kunnen helpen een terugval te signaleren en te voorkomen. Met behulp van deze richtlijn dient het percentage jeugdigen dat binnen achttien maanden na een klinische behandeling terugvalt teruggedrongen te worden (Berends e.a. 2010).

De kliniek van een algemene kinder- en jeugdpsychiatrische instelling (instelling B) uit het westen van Nederland heeft eind 2010 de richtlijn bij jeugdigen geïmplementeerd. Ook hier was sprake van een hoog terugvalpercentage en het ontbreken van effectieve interventies. In instelling B wordt klinische en poliklinische zorg verleend aan jeugdigen met AN. Ondanks implementatie bestonden er twijfels over de toepasbaarheid, in termen van hanteerbaarheid en bruikbaarheid, van de richtlijn. Hanteerbaarheid is de geschiktheid van de interventie voor het beoogde doel (Harris & Warren 1995). De volgende kwesties dienen overwogen te worden bij vaststelling van de hanteerbaarheid: transferability (zinvolheid van uitvoer innovatie in eigen instelling), feasibility (praktische overwegingen) en verhouding kosten baten (Polit & Beck 2008). Bruikbaarheid is de praktische bruikbaarheid van de interventie in de setting (Harris & Warren 1995), wat vastgesteld moet worden bij patiënten en professionele hulpverleners (Beurskens e.a. 2008). Twijfels over de hanteerbaarheid en bruikbaarheid kwamen voort uit het feit dat de richtlijn niet eerder was toegepast door professionele hulpverleners van algemene kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen en kennis hierover ontbrak. Professionele hulpverleners uit instelling A begeleiden, in tegenstelling tot instelling B, alleen patiënten met eetstoornis. Daarnaast worden in instelling A jeugdigen met AN in alle motivatiefases begeleid en in de kliniek van instelling B voornamelijk uit de precontemplatie- en contemplatiefase

² Vijf fases worden onderscheiden in de ontwikkeling van motivatie bij patiënten met AN: precontemplatie-, contemplatie-, preparatie-, actie- en handhavingfase. In de precontemplatiefase hebben jeugdigen nog geen interesse voor verandering en ontkennen zij de problematiek. Tijdens de handhavingfase worden veranderingen geconsolideerd en zijn jeugdigen bezig met terugvalpreventie (Trimbos-instituut 2006).

Tevens bestonden in instelling B twijfels over de naam “terugvalpreventieplan”. Dit zou suggereren dat jeugdigen iets fout doen bij een terugval. Instelling B heeft besloten het een “handhavingsplan” te noemen (hierna handhavingsplan genoemd).

Probleemstelling

Veel jeugdigen met AN vallen na een klinische behandeling terug. Zorggerichte preventie dient jeugdigen te ondersteunen bij het voorkomen van een terugval, echter blijken er geen studies beschikbaar die effectieve interventies beschrijven. In Nederland is een nieuwe interventie ontwikkeld, de multidisciplinaire richtlijn “terugvalpreventie voor jeugdigen met AN”. Deze richtlijn dient als hulpmiddel voor professionele hulpverleners bij het ondersteunen van jeugdigen en hun ouders bij het adequaat omgaan met een terugval. De richtlijn werd geïmplementeerd door een algemene kinder- en jeugdpsychiatrische instelling. Kennis over de hanteerbaarheid en bruikbaarheid van de richtlijn in een algemene kinder- en jeugdpsychiatrische instelling ontbrak.

Doelstelling

Het doel van deze studie was inzicht krijgen in de ervaringen en verwachtingen van professionele hulpverleners betreffende de hanteerbaarheid en bruikbaarheid van de richtlijn “terugvalpreventie voor jeugdigen met AN”, voor professionele hulpverleners van de kliniek of polikliniek van een algemene kinder- en jeugdpsychiatrische instelling. Deze inzichten dienen de implementatie van de richtlijn in instelling B te bevorderen. Door optimale implementatie van de richtlijn dient uiteindelijk het percentage jeugdigen met AN dat terugvalt naar een klinische behandeling terug gedrongen te worden.

Onderzoeksvraag

Wat zijn de ervaringen en verwachtingen van de professionele hulpverleners van de kliniek en polikliniek van een algemene kinder- en jeugdpsychiatrische instelling die (gaan) werken met de richtlijn “terugvalpreventie voor jeugdigen met anorexia nervosa” betreffende de hanteerbaarheid en bruikbaarheid?

Methode

Onderzoeksdesign

Deze studie betrof een kwalitatieve survey. Dit gaf de mogelijkheid om de verscheidenheid binnen de populatie, met betrekking tot ervaring en verwachting van professionele hulpverleners betreffende de hanteerbaarheid en bruikbaarheid van de richtlijn, in kaart te brengen (Jansen 2005).

Case

De studie werd uitgevoerd onder professionele hulpverleners die werken met jeugdigen (12-18 jaar), beide geslachten, in een algemene kinder- en jeugdpsychiatrische instelling in het westen van Nederland (instelling B). Instelling B verleent klinische en poliklinische zorg aan jeugdigen met AN. Daarnaast worden klinisch ook jeugdigen met andere psychiatrische stoornissen begeleidt, waaronder: stemmingsstoornissen, beginnende schizofrenie, dwang- en angststoornissen en ontwikkelingsproblemen. Zes bedden zijn beschikbaar op een gesloten groep en acht op een opengroep. Tweeëndertig professionele hulpverleners verlenen hier zorg. Bestaande uit: verpleegkundigen, sociaal pedagogische hulpverleners, diëtisten, kinder- en jeugdpsychiater, arts-assistent in opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater, vaktherapeuten, psychotherapeut en gezinstherapeuten. Verpleegkundigen en sociaal pedagogische hulpverleners behoren tot de groepsleiding. Poliklinische zorg wordt vanuit drie doelgroepenteams geleverd: (1) angst- en dwangstoornissen, (2) ontwikkelingsstoornissen en (3) onbegrepen lichamelijke klachten, eetstoornissen en psychiatrische zorg voor jonge kinderen van nul tot en met drie jaar. Elk doelgroepenteam bestaat uit een kinder- en jeugdpsychiater, psychologen en artsen in opleiding tot psychiater.

Selectie van respondenten

Doelgericht benaderde de onderzoeker, mondeling of via email, de professionele hulpverleners uit de case. In een informatiebrief werd de inhoud en het doel van de studie toegelicht (zie bijlage 1). Professionele hulpverleners werden geselecteerd indien ze wat konden vertellen over hun ervaring met of verwachting van de richtlijn en ze direct beschikbaar waren. Directe beschikbaarheid omdat er een beperkte tijdsperiode voor dit onderzoek beschikbaar was. Het onderzoek vond van februari tot en met april 2011 plaats in het kader van de masteropleiding Verplegingswetenschap (Polit & Beck 2008).

Na mondelinge instemming, werd het interview gepland. Bij de start van het interview werd nogmaals om toestemming gevraagd (Boeije 2008). Vooraf was vastgesteld dat respondenten geworven zouden worden tot het bereiken van data-saturatie of het verstrijken van de beschikbare tijd (Creswell 2007).

Data verzameling

De data werden verzameld door individuele- en groepsinterviews. De individuele interviews verzamelde verdiepende informatie (Boeije 2008). De groepsinterviews zorgden voor interactie tussen de professionele hulpverleners, waardoor verschillende perspectieven zichtbaar werden (Evers 2007). De individuele- en groepsinterviews waren semi-structureerd. De onderwerpen van de interviewhandleiding, over hanteerbaarheid en bruikbaarheid (zie bijlage 2), werden ontleend uit de literatuur (Boeije 2008; Creswell 2007). Alle interviews startten met dezelfde open vraag: "Wat is uw/jullie ervaring met of verwachting van de richtlijn?". Deze vraag structureerde de interviews in de richting van de probleemstelling (Evers 2007). Vervolg vragen werden gesteld met behulp van de specifiek geformuleerde topics over hanteerbaarheid en bruikbaarheid (Harris & Warren 1995; Polit & Beck 2008). Er werd doorgevraagd naar voorbeelden, details en omstandigheden (Boeije 2008). De interviewhandleiding werd voor elk individueel- en groepsinterview specifiek gemaakt voor de beroepsgroep van de respondent, door de accenten anders te leggen. Op basis van relevantie werden onderwerpen meer of minder uitgevraagd. De interviews werden opgenomen met een audio-recorder en woordelijk getranscribeerd (Evers 2007).

Tevens werd een evaluatievergadering over de richtlijn bijgewoond (toelichting evaluatievergadering zie bijlage 3). Na toestemming werden de gesprekken tijdens deze evaluatievergadering genotuleerd. Ter verlagening van de non-respons werden de data verzameld tijdens en op de werkplek van de respondenten (Boeije 2008; Creswell 2007).

Data-analyse

De dataverzameling en –analyse werden niet strikt van elkaar gescheiden, aangezien het onderzoeksproces van kwalitatief onderzoek zich kenmerkt door afwisseling (Boeije 2008). Nadat interviews waren uitwerkt werden ze gelezen, zodat er een idee ontstond van 'wat er allemaal was'. Vervolgens werden codes aan betekenisvolle regels of fragmenten (open coderen) toegekend. Deze codes zijn samengevoegd en gegroepeerd tot categorieën, waardoor data reduceerden (axiaal coderen). Uiteindelijk werden gegevens in elkaar geschoven door verbanden te leggen tussen categorieën (selectief coderen). Een cyclisch proces waarbij gebruik werd gemaakt van constante vergelijking (Boeije 2008). De data werden geanalyseerd met het computerprogramma MAXQDA-10, waarin namen werden geanonimiseerd om privacy te waarborgen (Creswell 2007).

Na negen individuele interviews, twee groepsinterviews en één evaluatievergadering werd geen nieuwe informatie meer verkregen over relevante onderwerpen voor de onderzoeksvraag (data-saturatie). In samenspraak met de onderzoekbegeleider werd besloten de dataverzameling te stoppen (Creswell 2007).

Kwaliteitscriteria

De ervaringen van de onderzoeker werden tijdens deze studie terzijde gezet (bracketing), door persoonlijke ervaringen en overtuigingen uit te schrijven, omdat de onderzoeker verpleegkundige was in de kliniek van instelling B (Creswell 2007; Polit & Beck 2008). De rol van de onderzoeker, tevens collega, werd daarom toegelicht aan de respondenten.

Voordat de studie startte heeft de onderzoeker trainingen gevolgd over het afnemen en analyseren van interviews. Deze vaardigheden werden verfijnd door het afnemen en analyseren van een proefinterview. Onder begeleiding van de onderzoeksbegeleider werd gereflecteerd op dit proefinterview en de interview- en analysevaardigheden van de onderzoeker. Vervolgens werd de interviewhandleiding bijgesteld.

De notulen van de evaluatievergadering is voorgelegd aan één, bij de bijeenkomst aanwezige, professionele hulpverlener ter verhoging van de betrouwbaarheid (Hart e.a. 2008). De navolgbaarheid werd vergroot door methodologische en analytische memo's bij te houden, audit trail (Boeije 2008; Creswell 2007).

Bevindingen werden regelmatig besproken met de onderzoeksbegeleider, werkgroepbegeleider en een peergroep van medestudenten.

Toelichting auteurs

J.M.J. Dahmen heeft, naast het schrijven van dit artikel, de studie ontworpen en uitgevoerd. Bevindingen werden besproken met T. van der Hoof-Leemans (onderzoeksbegeleider), die tevens ondersteuning bood bij het ontwerp en de uitvoering. H. van Os-Medendorp (werkgroepbegeleider) heeft feedback gegeven op het onderzoeksproces, het artikel en de bevindingen.

Ethisch en juridische aspecten

Toestemming voor het onderzoek werd verkregen van instelling B. Een beoordeling van de medisch ethische toetsingscommissie (METC) werd niet noodzakelijk geacht aangezien de studie betrekking had op professionele hulpverleners en niet op patiënten. Tijdens deze studie werd rekening gehouden met de wet bescherming persoonsgegevens (WBP 2010).

Resultaten

Van februari tot en met april 2011 werden twaalf professionele hulpverleners benaderd. Allen stemden in met deelname. Negen individuele interviews met een gemiddelde duur van 40 minuten (minimum 25 en maximum 55 minuten) werden afgenomen. Twee groepsinterviews, met diëtisten en vaktherapeuten, van 40 minuten vonden plaats. Daarnaast werd een evaluatievergadering van 60 minuten bijgewoond. De demografische gegevens van de respondenten zijn inzichtelijk gemaakt in tabel 2.

< Tabel 2 >

De data werden geanalyseerd aan de hand van de twee hoofdthema's, hanteerbaarheid en bruikbaarheid, van deze studie. Tabel 3 en 4 geven de resultaten van deze hoofdthema's (onder verdeeld in de subthema's van de interviewhandleiding) weer. Tijdens de analyse werd een derde hoofdthema gevonden, implementatie en adoptie.

< Tabel 3 >

< Tabel 4 >

Bij de beschrijving van de resultaten werd rekening gehouden met de onderzoeksvraag door ervaringen en verwachtingen te onderscheiden. Respondentengroep 1 beschreef de verwachtingen en respondentengroep 2 de ervaringen van professionele hulpverleners.

Hanteerbaarheid

Transferability

De meningen van de respondentengroepen verschilden nauwelijks wat betreft de transferability (Zie tabel 3). Respondentengroep 1 verwachtte dat professionele hulpverleners beschikken over voldoende vaardigheden voor het werken met de richtlijn, daar ze al signaleringsplannen opstellen bij jeugdigen met andere psychiatrische problematiek. Wel verwachtte ze dat de patiëntenpopulatie van de kliniek van instelling B, veelal jeugdigen in de precontemplatie- en contemplatiefase, een lastige doelgroep is.

“Want de vraag is echter als ze nog in die ontkenning zitten, dan willen ze helemaal niet handhaven wat ze hebben bereikt hier.” (R1)

Aansluitend beschreef respondentengroep 2 dat het lastig was om met jeugdigen in de precontemplatie- en contemplatiefase een handhavingsplan op te stellen. Deze jeugdigen zouden nog niet in staat zijn te handhaven wat ze hebben geleerd.

“Zit je in precontemplatiefase dan, dan vind je zelf dat er niets aan de hand is, dat je geen ziekte hebt. En, hoezo moet je dan een handhavingsplan maken?” (R10)

Beide respondentengroepen vonden dat in deze motivatiefases beter geprobeerd kan worden jeugdigen te motiveren hun huidige gewicht te handhaven. Ze zouden nog niet beschikken over een intern gestuurde motivatie, waardoor professionele hulpverleners

jeugdigen dienen te helpen een extern gestuurde motivatie te vinden voor het handhaven van hun gewicht.

.. als je zegt dat je niet terugwilt, dat je gewoon thuis wilt wonen, met je vrienden en vriendinnen wat wilt doen en naar school wilt gaan enzovoorts, dan moet je in ieder geval zorgen dat niemand je in je nek grijpt wat betreft je gewicht. Ook al is dat op dit moment nog behoorlijk laag. Dan zou je ieder geval dit moeten handhaven..” (R2)

Bovenstaande maakte dat professionele hulpverleners de naam handhavingsplan beter vonden aansluiten op jeugdigen in de precontemplatie- en contemplatiefase. Daarnaast beschreef één respondenten uit respondentengroep 2 dat de naam terugvalpreventie een patiënt demotiveerde toen het minder goed ging.

“Ze zei letterlijk: terugvalpreventie, ik heb al een terugval!” (R11)

Toch vonden beide respondentengroepen dat altijd geprobeerd zou moeten worden een handhavingsplan op te stellen. De ervaringen van respondentengroep 2 wees wel uit dat de verwachtingen bij deze jeugdigen bijgesteld dienen te worden.

“Ik denk wel dat je er rekening mee moet houden dat het uiteindelijk iets minder effect en diepgang zal hebben, omdat ze gewoon nog niet zo ver zijn.” (R9)

Ondanks dat respondentengroep 2 de richtlijn minder vond aansluiten op jeugdigen in de precontemplatie- en contemplatiefase, verwachtte ze dat het een handvat is voor jeugdigen, ouders en professionele hulpverleners. Ze konden nog geen uitspraak doen over het daadwerkelijke effect van de richtlijn op het terugvalpercentage.

Feasibility

Beide respondentengroepen vonden dat het handhavingsplan maatwerk moet zijn (zie tabel 3), afgestemd op de problematiek en persoonlijkheidskenmerken van de jeugdige.

“Je kunt niet een doorsnee iets voor allemaal hanteren. Ik ben er heel erg voorstander van om het altijd nog persoonlijk te houden.” (R12)

Beide respondentengroepen vonden tevens de volgende randvoorwaarden belangrijk: aanwezigheid informatiesysteem en aanwezigheid rapportage voor inzichtelijkheid. Ook beschreef respondentengroep 2 dat de richtlijn beschikbaar moet zijn voor professionele hulpverleners en ouders.

Meningen over de noodzaak van een training wisselden. Respondenten met een leidinggevende functie vonden het trainen van hun huidige en toekomstige personeel belangrijk. Overige respondenten achten een training in de toekomst minder noodzakelijk.

“..af en toe moeten doen, we scholen weer bij, stellen de klokken weer gelijk.” (R2)

Verhouding kosten baten

Alleen respondentengroep 2 beschreef hun verwachting over de verhouding van kosten en baten (zie tabel 3). Ze verwachtte een grote investering in mankracht, wat opweegt tegen het uiteindelijke effect.

“Het is inderdaad zo dat het plan een flinke investering van mankracht vraagt en je zit al niet met een overschot van mensen. Dus het vraagt zeker van de groepsleiders een extra inspanning. Aan de andere kant kan het ook weer iets opleveren.”(R12)

Bruikbaarheid

Bruikbaarheid voor de jeugdigen en hun ouder(s)

Respondentengroep 2 beschreef concretere punten over de bruikbaarheid voor jeugdigen en hun ouders dan respondentengroep 1 (zie tabel 4). Beide respondentengroepen vonden de richtlijn duidelijk, concreet en begrijpbaar. Echter wel minder begrijpelijk voor jeugdigen met een laag IQ.

“Ik kan me ook wel voorstellen dat als je jongeren hebt met een wat lager IQ, dat het misschien wel moeilijker wordt.” (R8)

De respondenten vonden de uitleg van de richtlijn overwegend helder. Respondentengroep 2 ervoer een lastig onderscheid tussen risicofactoren en uitlokkers, wat non-verbaal werd geobserveerd bij jeugdigen en hun ouders.

“In de praktijk krijg je bijna twee dezelfde rijtjes, waardoor er nauwelijks verschil zichtbaar is.” (notulen)

Respondentengroep 2 beschreef meerdere aspecten van de richtlijn die lastig waren voor jeugdigen, zoals: het bespreken van persoonlijke onderwerpen, het formuleren van acties en het aanwijzen van passieve hulpgroepen. Respondenten vonden jeugdigen geneigd om sociaal wenselijke antwoorden te geven, doordat ze het moeilijk vinden om open te zijn.

“Daar waren ze toch wel twijfelachtig over, zo van als ik hun heel veel informatie geef hebben zij dadelijk ook zeg maar mijn truc door en dat is denk ik ook wel eng.” (R9)

Volgens respondentengroep 2 zouden moeilijke aspecten pas besproken kunnen worden als professionele hulpverleners een vertrouwensrelatie hebben met de jeugdige.

Bruikbaarheid voor professionele hulpverleners

Respondentengroep 1 kon niets vertellen over de bruikbaarheid van de richtlijn voor professionele hulpverleners (zie tabel 4). Respondentengroep 2 vond dat professionele hulpverleners de richtlijn klinisch als volgt zouden moeten uitvoeren: (1) het handavingsplan uitleggen in een gezinsgesprek, (2) motivatie-interview afnemen, (3) samen met de jeugdige het handavingsplan opstellen en (4) het handavingsplan presenteren in een gezinsgesprek waarbij het visueel wordt weergegeven. Bij jeugdigen in de precontemplatie- en contemplatiefase kusten het opstellen van een handavingsplan veel tijd, maar werd haalbaar geacht naast de overige werkzaamheden.

“Twee keer in de week is denk ik prima. Dat is ook wel haalbaar om te doen.” (R9)

Doordat het opstellen van een handavingsplan veel tijd kost, zagen professionele hulpverleners belemmeringen voor het poliklinische traject. Poliklinisch gezocht moet worden naar een passende werkwijze, aldus de respondenten.

“Daar hebben we natuurlijk veel minder tijd voor. Dus dat lijkt me wel een ingewikkelde.” (R12)

Therapeuten en diëtisten werkten nog niet met het handhavingsplan. Ze zouden in de toekomst alleen een ondersteunende rol aan willen nemen bij het herkennen van dingen (zoals triggers). Ze vonden dat maximaal twee professionele hulpverleners een handhavingsplan op moeten stellen met de jeugdige.

“....meegenomen kan worden weet van jezelf dat op het moment dat je wat meer onder druk komt te staan, dat je zo en zo kunt regeren.” (R3)

“Dat samen gaan bespreken, wat heb je ingevuld en dan kan ik me voorstellen dat ze dan in de praktijk tegen dingen aanlopen dat het gewoon euh, niet concreet geformuleerd is.” (R4) “En mee te kijken.”(R5)

Implementatie en adoptie

In instelling B zijn maar een aantal professionele hulpverleners gestart met de richtlijn. Ondanks dat iedereen achter deze keuze stond, noemden beide respondentengroepen dat de richtlijn hierdoor nauwelijks leefde bij anderen. De respondenten vonden dat alle professionele hulpverleners met de richtlijn moeten gaan werken.

“Ja, ik denk uiteindelijk zou ik me ook nog wel kunnen voorstellen dat gewoon iedereen het kan doen.” (R8)

Ze verwachtten geen problemen met het vervolg van de implementatie, het hele team laten werken met de richtlijn. Het werd al gezien als een onderdeel van de behandeling.

“Het zou geen grote slag zijn om het gehele begeleidingsteam met het handhavingsplan te gaan laten werken, daar het erg op de signaleringsplannen lijkt die we ook met andere patiënten maken.” (notulen)

Alle professionele hulpverleners stonden positief tegenover de richtlijn en leken bereid om ermee te gaan werken.

“Dat ik wel enthousiast was toen ik hoorde over het handhavingsplan.” (R6)

“Ik was ook wel erg enthousiast, omdat het zo hoopvol gegeven is.” (R7)

Discussie

Deze kwalitatieve studie trachtte inzicht te krijgen in de hanteerbaarheid en bruikbaarheid van de richtlijn "terugvalpreventie voor jeugdigen met AN" voor hulpverleners werkzaam in een algemene kinder- en jeugdpsychiatrische instelling. Uit de resultaten van deze studie blijkt dat, respondentengroep 1 verwachtte en respondentengroep 2 ervaren heeft dat de richtlijn hanteerbaar en bruikbaar is.

Dertien professionele hulpverleners uit verschillende beroepsgroepen, die (gaan) werken met de richtlijn, werden benaderd. Allen stemden in met deelname. In de steekproef bestond een goede verdeling tussen respondenten die werken of nog gaan werken met de richtlijn. Door beide te includeren konden de ervaringen en verwachtingen van professionele hulpverleners worden vergeleken. De data voor deze studie werden verzameld met verschillende technieken, ofwel datatriangulatie (Hart 2008). Een beperking is echter wel dat de dataverzameling, net als de data-analyse, werd uitgevoerd door één onderzoeker. Door samen met de onderzoeksbegeleider, een peergroep van medestudenten en de werkgroepbegeleider te reflecteren op het onderzoeksproces trachtte de onderzoeker objectief te blijven. De onderzoeker kon zich goed inleven in het verhaal van de respondenten, een emic perspective aannemen, door haar werk als verpleegkundige in de kliniek van instelling B (Creswell 2007). Naar verwachting heeft dit een positief effect gehad op de rijkheid van de data. Uit de interviews werd veel informatie gehaald. Doordat de onderzoeker zich goed kon verplaatsen in de verhalen werd besloten de respondenten geen samenvatting van het interview voor te leggen. Deze maatregel had de betrouwbaarheid van het interview kunnen vergroten (Polit & Beck 2008). Data-saturatie werd bereikt ondanks het beperkte aantal interviews (Creswell 2007).

Respondenten beschreven veelvuldig dat jeugdigen met AN in de precontemplatie- en contemplatiefase nog niet in staat zijn te handhaven hetgeen ze hebben geleerd. De respondenten vonden dat in deze motivatiefases de ondersteuning gericht moet zijn op het handhaven van het gewicht, door te zoeken naar extern bepaalde motivatie. De richtlijn vraagt eigen verantwoordelijkheid en inzet (Berends e.a. 2010). Wat overeen lijkt te komen met intern bepaalde motivatie. Literatuur beschrijft dat motivatie voortkomt uit een wens tot verandering ten behoeve van iets of iemand anders (extern bepaalde motivatie) of zichzelf (intern bepaalde motivatie). Voor het herstel van AN, en handhaving daarvan, is intern bepaalde motivatie nodig (Trimbos-instituut 2006). In de handavingsfase hebben jeugdigen met AN controle over de belangrijkste symptomen. Dan willen ze herstel vasthouden (Verheij e.a. 2011). Pas bij voldoende motivatie zijn jeugdigen met AN in staat een terugval te voorkomen (Federici & Kaplan 2008; Kaplan e.a. 2009). In de precontemplatie- en contemplatiefase zijn behandeldoelen niet gericht op terugvalpreventie, maar op

gewichtsstabilisatie (Verheij e.a. 2011). Dit lijkt te verklaren waarom de huidige richtlijn in beperkte mate hanteerbaar en bruikbaar is in de precontemplatie- en contemplatiefase.

Deze richtlijn acht het terugvalpercentage, binnen achttien maanden na een klinische behandeling, terug te dringen. Dit signaleringsplan kent grote overeenkomsten met het signaleringsplan voor patiënten met schizofrenie (van Meijel e.a. 2011). Er is nog veel onzekerheid over het gebruik van vroege interventiestrategieën met als uitkomstmaat terugval. De enige studie over het effect van deze interventie, beschrijft dat het terugvalpercentage in de interventie groep 12,5% was en in de controle groep 26,2%. Klinisch was een verschil in het terugvalpercentage merkbaar, wat niet significant bleek (van Meijel e.a. 2006). Respondentengroep 2 kon tijdens deze studie geen uitspraken doen over het effect van de richtlijn. Wel verwachtten ze dat het een bruikbaar handvat zal zijn voor professionele hulpverleners, jeugdigen en hun ouders. Ondanks ontbrekende kennis over het effect van het signaleringsplan en onvolledige aansluiting in de precontemplatie- en contemplatiefase, vonden respondenten het raadzaam om in alle motivatiefases een handavingsplan op te stellen. In de precontemplatie- en contemplatiefase zou het meer gericht moeten zijn op het handhaven van het huidige gewicht, aldus de respondenten. Dit komt overeen met de behandeldoelen in de precontemplatie- en contemplatiefase (Verheij e.a. 2011). Respondenten beschreven dat jeugdigen en ouders het ondersteunend vonden dit hulpmiddel aangereikt te krijgen. Patiënten met AN die ondersteuning ervaren, zijn beter in staat dingen te handhaven (Cockel e.a. 2004). Dit zou een aanleiding kunnen zijn voor de ontwikkeling van een specifieke richtlijn voor jeugdigen in lagere motivatiefases. Een handvat wat helpt doelen, zoals gewichtsherstel, te handhaven.

Aangezien signaleringsplannen veelvuldig worden gebruikt in de geestelijke gezondheidszorg en deze richtlijn maar in geringe mate afwijkt van bestaande signaleringsplannen, betreft het een incrementele innovatie. De kans op adoptie is redelijk groot bij incrementele innovaties (Dewar & Dutton 1986). Dit zou de adoptiebereidheid van de respondenten kunnen verklaren. Wat de kans op adoptie in andere instellingen vergroot. Voor een succesvolle implementatie is echter ook een fit tussen de betrokken systemen (innovatiekenmerken, organisatiekenmerken, omgevingskenmerken en kenmerken van personen) noodzakelijk. Voor implementatiesucces zal de richtlijn aan moeten sluiten op de patiëntenpopulatie (Van Linge 2009). Alvorens instellingen de richtlijn implementeren is het aan te raden na te gaan of deze past bij de patiëntenpopulatie. Zo dient ook bij de interpretatie van deze bevindingen overwogen te worden of de instelling, jeugdigen en professionele hulpverleners (waar naar gegeneraliseerd wordt) overeenkomen. De resultaten zijn namelijk gebaseerd op één specifieke instelling.

Conclusie

De richtlijn “terugvalpreventie voor jeugdigen met AN” is hanteerbaar en bruikbaar voor professionele hulpverleners, ongeacht of zij wel of geen ervaring hadden met de richtlijn, van een algemene kinder- en jeugdpsychiatrische instelling. Verschil tussen de ervaringen of verwachting van beide respondentengroepen was er nauwelijks. Beide respondentengroepen zagen belemmeringen betreffende de jeugdigen waarbij deze interventie uitgevoerd dient te worden. Respondentengroep 2 vond, gelijk aan de verwachting van respondentengroep 1, de richtlijn minder hanteerbaar en bruikbaar voor jeugdigen met AN in de precontemplatie- en contemplatiefase.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten uit deze studie zou het zinvol kunnen zijn de richtlijn specifiek te maken voor de verschillende motivatiefases waarin jeugdigen met AN kunnen zitten. Hierbij zou rekening gehouden moeten worden met de afwezigheid van een intern bepaalde motivatie in de precontemplatie- en contemplatiefase.

Tot op heden ontbreekt bewijs over de effectiviteit van deze richtlijn. Een gecontroleerde studie naar de effectiviteit van deze richtlijn, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen de verschillende motivatiefases, zou ervoor moeten zorgen dat professionele hulpverleners in de toekomst weten bij welke jeugdigen en in welke motivatiefase het zinvol is de richtlijn in te zetten.

Referenties

American Psychiatric Association (APA). *Quick Reference To The Diagnostic Criteria From Dsm-Iv-Tr*. Washington: American Psychiatric Association; 1994.

Berends T, van Elburg A, van Meijel B. *Richtlijn terugvalpreventie Anorexia Nervosa*. Assen: Van Gorcum; 2010.

Bereken je BMI. 2010; beschikbaar op: <http://www.voedingscentrum.nl/bmi.aspx>, 2009.

Beurskens S, van Peppen R, Stutterheim E, Wittink H. *Metten in de praktijk: stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn sStafleu van Loghum; 2008.

Boeije H. *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Third ed. Den Haag: Boom onderwijs; 2008.

Carter JC, Blackmore E, Sutandar-Pinnock K, Woodside DB. *Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis*. *Psychol Med* 2004; 34: 671-679.

Carter JC, McFarlane TL, Bewell C, Olmsted MP, Woodside DB, Kaplan AS, et al. *Maintenance treatment for anorexia nervosa: a comparison of cognitive behavior therapy and treatment as usual*. *Int J Eat Disord* 2009; 42: 202-207.

Castro J, Gila A, Puig J, Rodriguez S, Toro J. *Predictors of rehospitalization after total weight recovery in adolescents with anorexia nervosa*. *Int J Eat Disord* 2004; 36: 22-30.

Castro-Fornieles J, Casula V, Saura B, Martinez E, Lazaro L, Vila M, et al. *Predictors of weight maintenance after hospital discharge in adolescents anorexia nervosa*. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 129-135.

Cockell SJ, Zaitsoff SL, Geller J. *Maintaining Change Following Eating Disorder Treatment*. *Professional Psychology: Research and Practice* 2004; 35: 527-534.

Creswell JW. *Qualitative inquiry & research design*. Thousand Oaks, Londen, New Delhi: Sage publications; 2007.

Dewar RD, Dutton JE. *The adoption of radical and incremental innovations: an empirical analyses*. *Management science* 1986; 32: 1422-1433.

Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmukler G, le Grange D, Dodge E. *Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up.* Arch Gen Psychiatry 1997; 53: 1025-1030.

Evers E. *Kwalitatief interviewen: kunst en kunde.* Den Haag: uitgeverij LEMMA; 2007.

Federici A, Kaplan AS. *The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: a qualitative study.* Eur Eat Disord Rev 2008; 16:1-10.

Fennig S, Fennig S, Roe D. *Physical recovery in anorexia nervosa: is this the sole purpose of a child and adolescent medical-psychiatric unit?* Gen Hosp Psychiatry 2002; 24: 87-92.

Fisher M, Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Rees J, Schebendach J, et al. *Eating disorders in adolescents: a background paper.* J Adolesc Health 1995; 16: 420-437.

Hart H, Boeije H, Hox J. *Onderzoeksmethoden.* Zevende, geheel herziende druk ed. Den Haag: Boom Onderwijs; 2008.

Harris MR, Warren JJ. *Patient outcomes: assessment issues for the CNS.* Clinical Nurse Specialist. 1995; 9: 82-86.

Instelling A. *Algemene informatie.* 2009.

Jansen H. *De kwalitatieve survey.* 2005; 10: 15-34.

Kaplan AS, Walsh BT, Olmsted M, Attia E, Carter JC, Devlin MJ, et al. *The slippery slope: prediction of successful weight maintenance in anorexia nervosa.* Psychol Med 2009; 39: 1037-1045.

Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, Hsu LK, Sokol MS, McConaha C, et al. *Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa.* Biol Psychiatry 2001; 49: 644-652.

Keel PK, Dorer DJ, Franko DL, Jackson SC, Herzog DB. *Postremission predictors of relapse in women with eating disorders.* AM J Psychiatry 2005; 162: 2263-2268.

KRO. *Vel over probleem 2: De wanhoop nabij.* 2010.

McFarlane T, Olmsted MP, Trottier K. *Timing and prediction of relapse in a transdiagnostic eating disorder sample*. Int J Eating disord 2008; 41: 587-593.

Pike KM. *Long-term course of anorexia nervosa: response, relapse, remission, and recovery*. Clin Psychol Rev 1998; 18(4): 447-475.

Pike KM, Walsh BT, Vitousek K, Wilson GT, Bauer J. *Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa*. Am J Psychiatry 2003; 160 (11): 2046-2049.

Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008.

Scott JC. *Fluoxetine Treatment of Anorexia Nervosa: important but disappointing results*. JAMA 2006; 295: 2659-2660.

Steinhausen HC, Grigoriu-Serbanescu M, Boyadjieva S, Neumarker KJ, Winkler Metske C. *Course and predictors of rehospitalization in adolescents anorexia nervosa in a multisite study*. Int J Eat Disord 2008; 41: 29-36.

Trimbos-instituut. *Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen*. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijn ontwikkeling in de GGZ. 2006

Trimbos-instituut. *Zorggerichte preventie*. 2010; beschikbaar op: <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/preventie/wat-is-preventie/zorggerichte-preventie>. geraadpleegd op 27-03, 2010.

Van Meijel B, van der Gaag M, Kahn RS, Grypdonck MH *The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study*. Part 2. J Psychiatr Ment Health Nurs 2002; 9: 357-363.

Van Meijel B, van der Gaag M, Kahn RS, Grypdonck MH. *Het werken met signaleringsplannen ter preventie van psychosen bij patiënten met schizofrenie*. Beschikbaar op: <http://www.kenniscentrumschizofrenie.nl/sp/signaleringsprotocol%20psychiatrie/a2.htm>, geraadpleegd op 05-04, 2011.

Van Meijel B, Kruitwagen C, van der Gaag M, Kahn RS, Grypdonck MH. *An intervention study to prevent relapse in patients with schizophrenia*. J Nurs Scholarsh 2006; 28: 42-49.

Van Ommen J, Meerwijk EL, Kars M, van Elburg A, van Meijel B. *Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective*. J Clin Nurs 2009; 18:2801-2808.

Verheij F, van Buuren H, Hameete A, Smit K, Spruijt I, van Steenis L. *Anorexia nervosa in de adolescentie*.

Verhulst FC. *Kinder- en jeugdpsychiatrie: organisatie*. 2009. Assen: Van Gorcum; 2011.

Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, Olmsted M, Parides M, Carter JC, et al. *fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial*. JAMA 2006; 295: 2605-2612.

Wet Bescherming persoonsgegevens (WBP). 2010; beschikbaar op:
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wet-bescherming-persoonsgegevens>. geraadpleegd op 03-10, 2010.

Tabellen

Tabel 1: *Risicofactoren voor een terugval bij jeugdigen en volwassenen met AN.*

Jeugdigen met AN	Volwassenen met AN
<i>Overeenkomstige voorspellende factoren</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - BMI bij ontslag lager dan 18,5 (18) - Aanwezigheid anorectische cognities (20) - Compulsieve drift om te bewegen (21) 	<ul style="list-style-type: none"> - BMI bij ontslag lager dan 18,5 (14) - Aanwezigheid anorectische cognities (17) - Compulsieve drift om te bewegen (19)
<i>Geen overeenkomst in de voorspellende factoren tussen beide groepen</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Aanwezigheid abnormaal eetgedrag (18) - Weinig interne motivatie om te veranderen (18) - Aanwezigheid depressieve symptomen (18) 	<ul style="list-style-type: none"> - Onvoldoende handhaven lichaamsgewicht (14) - Goede copingvaardigheden ontbreken (17) - Eigenwaarde gekoppeld aan lichaam (19) - Eerdere behandelingen (19)

Tabel 2: *De demografische kenmerken van de professionele hulpverleners uit instelling B*

Kenmerken	Gegevens	
	Respondentengroep 1 (R 1 tot en met 7)	Respondentengroep 2 (R 8 tot en met 12)
<i>Geslacht (n)</i>	6 vrouwen 1 man	4 vrouwen 1 man
<i>Leeftijd (n):</i>		
- 20 tot 30 jaar	1	3
- 30 tot 40 jaar	4	3
- 40 tot 50 jaar	1	
- > 50 jaar	1	
<i>Hoogst genoten opleiding (n)</i>		
- HBO	4	2
- Universiteit	4	3
<i>Aantal jaren werkervaring (n)</i>		
- < 5 jaar	5	
- 5 tot 10 jaar	1	4
- > 10 jaar	2	1
<i>Werkplek binnen instelling B (n)</i>		
- Kliniek	3	4
- Polikliniek	2	1
- Kliniek en polikliniek	3	
<i>Functie van de professionele hulpverlener (N)</i>		
<u>Groepsleiding:</u>		
- Verpleegkundige		1
- Pedagogisch medewerker	1	1
<u>Vaktherapeuten:</u>		
- Creatief therapeut	1	
- Psychomotorisch therapeut	1	
- Groepstherapeut	1	
<u>Overig:</u>		
- Gezinstherapeut		1
- Universitair medisch specialist / integraal medisch unihoofd		1
- Kinder en jeugdpsychiater/ geregistreerde psychotherapeut		1
- Hoofd zorg, coördinator eetstoornissen poli	1	1
- Psycholoog	1	
- Diëtist		
<i>Aantal jaar werkzaam binnen instelling B (N)</i>		
- < 5 jaar		6
- 5 tot 10 jaar	5	1
- > 10 jaar		1

Tabel 3: Resultaten hanteerbaarheid

Hanteerbaarheid		
	<i>Respondentengroep 1</i>	<i>Respondentengroep 2</i>
<u>Transferability</u>		
<i>Aansluiting op werkwijze en visie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Naam “terugvalpreventieplan” past niet bij visie instelling B; - Belangrijker dat gekeken wordt of richtlijn past bij patiëntenpopulatie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Werkwijze richtlijn sluiten aan op visie en werkwijze instelling B; - Naam “terugvalpreventieplan” past niet bij visie.
<i>Aansluiting op patiëntenpopulatie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitief niveau en motivatiefase bepalen aansluiting; - Patiënten in precontemplatie- en contemplatiefase lastige groep voor opstellen handavingsplan; - Handavingsplan wel aanbieden bij patiënten in precontemplatie- en contemplatiefase. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitief niveau, leeftijd en motivatiefase bepalen aansluiting; - Opstellen handavingsplan voor jeugdigen in precontemplatie- en contemplatiefase is moeilijk; - Altijd starten met handavingsplan, maar minimale motivatie is noodzakelijk om het echt op te kunnen stellen.
<i>Voordeel innovatie (evt, jeugdigen, professionals en ouders apart)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Nu lastig voor jeugdigen om te handhaven wat verworven is; - Misschien later effect van de richtlijn zichtbaar; - Hulpmiddel voor jeugdigen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verwachtingen bijstellen bij jeugdigen in precontemplatie- en contemplatiefase; - Naam handavingsplan passender, omdat bij deze jeugdigen gekeken wordt hoe ze huidige situatie kunnen handhaven; - Naam terugvalpreventieplan niet motiverend voor jeugdigen; - Nog te vroeg voor vaststellen effect, maar professionals hebben wel positieve verwachtingen van de richtlijn; - Geeft jeugdigen het gevoel zelf iets actiefs te kunnen doen; - Prettig handvat voor ouders.
<u>Feasibility</u>		
<i>Vrijheid/eenheid werkwijze</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Handvat wat om maatwerk vraagt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Handvat wat om maatwerk vraagt.
<i>Oude versus nieuwe werkwijze</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Preventie van terugval miste in behandeling. 	<ul style="list-style-type: none"> - Van good practice naar EBP werken; - Professionals werken al signaleringsplannen.
<i>Informatieoverdracht</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Zelfde informatiesysteem kliniek en poli nodig; - Contact anders via mail laten verlopen; - Prettig als professionele hulpverleners informatie kunnen lezen over handavingsplan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zelfde informatiesysteem kliniek en polikliniek nodig; - Contact anders via mail laten verlopen; - Prettig als professionele hulpverleners informatie kunnen lezen over handavingsplan. Rapporteren kost wel extra tijd.
<i>Noodzakelijke vaardigheden professionele hulpverleners</i>	Niet ter sprake gekomen in interviews.	<ul style="list-style-type: none"> - Professionele hulpverlener dient affiniteit te hebben met de doelgroep, kennis te hebben over AN en bijbehorende motivatiefases, goed kunnen luisteren, empatisch te zijn, gericht vragen te kunnen stellen en dingen durft te benoemen.
<i>Randvoorwaarden</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Volgen training over richtlijn is prettig. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mening over noodzaak training wisselt; - Uitreiken richtlijn aan ouders; - Nieuwste versie richtlijn dient beschikbaar te zijn.
<u>Verhouding kosten baten</u>	Niet ter sprake gekomen in interviews.	<ul style="list-style-type: none"> - Plan vraagt grote investering van mankracht, zal opwegen tegen effect.

Tabel 4: Resultaten bruikbaarheid

Bruikbaarheid		
	<i>Respondentengroep 1</i>	<i>Respondentengroep 2</i>
Bruikbaarheid voor jeugdigen en ouders		
<i>Begrijpelijkheid van de richtlijn</i> - <i>Taalgebruik</i> - <i>Gestelde vragen</i> - <i>Uitleg</i> - <i>Aansluiting op leeftijd</i>	- Taal van de richtlijn is duidelijk. - Uitleg is concreet.	- Taal van de richtlijn is begrijpelijk en duidelijk; - Waarschijnlijk minder begrijpbaar voor jeugdigen met een laag IQ; - Uitleg richtlijn overwegend helder, maar onderscheid tussen risicofactoren en uitlokkers is lastig te maken; - Mogelijk te moeilijk voor jongere adolescenten (12-13 jaar).
<i>Aard van de vragen</i>	- Geen onduidelijkheid betreft voorspellende uitlokkende factoren.	- Richtlijn brengt vele lastige onderwerpen aan bod, zoals persoonlijke sterktes en zwaktes, braken en bewegingsonrust; - Doordat jeugdigen het lastig vinden over sommige onderwerpen open te zijn, denken professionele hulpverleners dat ze soms sociaal wenselijke antwoorden geven; - Voor jeugdigen moeilijk om concrete acties te formuleren en passieve helpers aan te wijzen.
<i>Afname tijd en frequentie van afname</i>	- Bij voorkeur motivatie-interview afnemen voordat het handhavingsplan wordt opgesteld; - Niet teveel mensen moeten zich bemoeien met het handhavingsplan; - Diëtisten en therapeuten kunnen ondersteunende rol aan kunnen nemen.	- Uitleg over en presentatie van het handhavingsplan dient in gezinsgesprek te gebeuren; - Bij voorkeur motivatie-interview afnemen voordat handhavingsplan wordt opgesteld; - In klinische situatie handhavingsplan opstellen door twee groepsleiders; - Ondanks dat het invullen veel tijd kost, is het voor groepsleiding haalbaar om het met de jeugdigen in te vullen naast hun overige werkzaamheden; - Poliklinisch zou het invullen van een handhavingsplan problemen op kunnen leveren. Meer zelfstandigheid van jeugdigen zou nodig zijn; - Poliklinische werkwijzen dienen nog in kaart gebracht te worden; - Na een klinische behandeling dient de jeugdigen het plan zelf mee te nemen naar de poliklinische therapeut, maar overdracht vanuit kliniek is noodzakelijk.
<i>Belasting patiënt</i>	- Waarschijnlijk niet belastend, vraagt ze wel om wat te doen.	- Kost energie, daar er wat van ze wordt gevraagd; - Meer afweging of jeugdigen in staat is, dan dat het te belastend is.
Bruikbaarheid voor professionele hulpverleners		
<i>Noodzaak ervaring</i>	Niet ter sprake gekomen in de interviews.	- Professionele hulpverleners trainen nieuwe medewerkers; - Eerst bekend zijn met werkwijze instelling voor nieuwe medewerker met de richtlijn kan gaan werken.
<i>Randvoorwaarden</i>	Niet ter sprake gekomen in de interviews.	- Er dient in bepaalde maten een vertrouwensband te zijn tussen professionals en jeugdigen.

