

Deelonderzoek 3 Yes We Can Clinics

Analyse ROM-data



Gert-Jan Meerkerk
Gera Nagelhout

December 2019

Inhoudsopgave

1	Introductie	3
	1.1 Onderzoeksvragen.....	3
2	Methode	5
	2.1 Beschrijving van de dataset	5
	2.2 Beschikbare variabelen.....	6
3	Resultaten	7
	3.1 Cliëntkenmerken	7
	Demografische kenmerken en primaire diagnose.....	7
	Geslachtsverhouding per primaire diagnose.....	10
	Leeftijd per primaire diagnose.....	12
	3.2 Cliënttevredenheid	13
	Jeugdthermometer-12+.....	13
	3.3 Behandeluitkomsten	15
	OQ45-sd	15
	Behandeleffect naar geslacht	18
	Behandeleffect naar leeftijd	19
	Behandeleffect naar jaar van behandeling.....	20
	Behandeleffect naar primaire diagnose	21
	Relatie tussen de tevredenheid van de cliënt en het behandeleffect	23
4	Samenvatting en conclusie	25
	Conclusie	28
	Bijlage	29

1 Introductie

Dit hoofdstuk doet verslag van het derde deelonderzoek dat onderzoeksinstituut IVO voor Yes We Can Clinics (YWCC) heeft uitgevoerd: de analyse van de ROM¹-data van YWCC. Dit deelonderzoek ligt in het verlengde van het eerste en tweede deelonderzoek en richt zich op:

- a. het verkrijgen van inzicht in de kenmerken van de cliënten die een behandeling bij YWCC hebben ondergaan (de fellows),
- b. de door de fellows gerapporteerde subjectieve cliënttevredenheid en
- c. de behandeluitkomsten (effectiviteit) van de behandeling door YWCC.

Deze inzichten worden verkregen door een kwantitatieve analyse van voorhanden zijnde ROM-data.

De ROM-data worden door YWCC verzameld en doorgegeven aan InfnitCare. Voor het huidige onderzoek zijn de geanonimiseerde ROM-data door InfnitCare voor analyse aan het IVO ter beschikking gesteld.

Beperkte analyses

Het hoofdstuk biedt geen uitputtende analyses van alle beschikbare data. Voor verschillende concepten, zoals Cliënttevredenheid of Behandeluitkomsten, zijn meerdere variabelen beschikbaar die elk apart (en gecombineerd) geanalyseerd kunnen worden. Door omstandigheden was hiervoor echter onvoldoende tijd beschikbaar. Er is daarom voor gekozen de analyses telkens per concept te beperken tot één variabele. Het hoofdstuk biedt daardoor geen volledig overzicht maar laat wel zien welke analyses mogelijk zijn.

1.1 Onderzoeksvragen

Naast de hierboven beschreven driedelige doelstelling van dit deelonderzoek zijn door YWCC de volgende specifieke onderzoeksvragen opgesteld:

- Wat is het behandel-effect per primaire diagnose?
- Wat is het behandel-effect naar geslacht en leeftijdscategorie?
- Wat is de ontwikkeling van het behandel-effect door de tijd heen?
- Wat is de relatie tussen de tevredenheid van de cliënt en het behandel-effect?
- Wat is de relatie tussen de tevredenheid van de cliënt en de persoonskenmerken leeftijd, geslacht en primaire diagnose?

¹ Routine Outcome Monitoring (afgekort als ROM) is de methodiek waarbij regelmatig de toestand van cliënten wordt gemeten met het oog op evaluatie en eventueel bijsturing van de behandeling.



Onderzoek
naar welzijn,
zorg &
verslaving

Rapportage

In deze deelrapportage komt achtereenvolgens aan de orde: een beschrijving van de gevolgde methode inclusief een beschrijving van de gebruikte dataset en de gebruikte instrumenten, en een weergave van de resultaten van de analyses met daarin een beschrijving van de kenmerken van de fellows van YWCC, de subjectieve cliënttevredenheid en het behandel-effect.

2 Methode

2.1 Beschrijving van de dataset

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de door InfiniCare ter beschikking gestelde ROM-data. Deze ruwe dataset bevat de gegevens van 3497 jongeren die voor een intake bij YWCC zijn geweest. Het betreft alle jongeren waarvan de startdatum van het behandeltraject bij YWCC ligt tussen 28 september 2011 en 16 februari 2019. De leeftijd van de jongeren bij aanvang van het behandeltraject varieert van 12 tot 24 jaar (gemiddeld 17,4 jaar, s.d. 2,3). Ongeveer twee derde (69,7%, n=2.412) van de jongeren is man en één derde (30,3%, n=1.047) vrouw.

Niet alle jongeren die een intake bij YWCC hebben gedaan, zijn ook daadwerkelijk in behandeling gegaan. Sommige jongeren hebben alleen een diagnostische intake gedaan en zijn daarna niet in behandeling gegaan, bijvoorbeeld omdat de aard en ernst van de problematiek te licht (of te zwaar) was voor een klinische opname bij YWCC. Bij andere jongeren was alleen sprake van een kortdurende crisisopvang waarna het behandeltraject werd afgesloten. De data van deze jongeren zijn voor de doelstelling van het huidige deelonderzoek niet bruikbaar. InfiniCare heeft op basis van de prestatiecode vastgesteld bij welke jongeren sprake was van enkel een diagnostisch traject of een crisisopvang en aangegeven welke jongeren om deze redenen voor het huidige onderzoek niet relevant zijn. Uit deze gegevens blijkt dat 875 jongeren (25,0% van het totaal) buiten de analyses dienen te worden gehouden. Daardoor blijven voor de huidige analyses 2622 fellows over die daarmee de steekproef voor het onderzoek vormen.

De 875 jongeren die buiten het onderzoek worden gehouden, wijken qua leeftijd, opleidingsniveau en leefsituatie niet af van de jongeren die wel in het onderzoek zijn opgenomen. Wel is er een klein verschil qua geslacht; onder de jongeren die buiten het onderzoek zijn gehouden, zijn relatief iets meer jongens (72,5% vs. 68,8%, χ^2 4,31 (1) $p=,038$). Andere variabelen, zoals primaire diagnose, zijn voor de jongeren die buiten het onderzoek zijn gehouden slechts zeer beperkt voorhanden en kunnen daarom niet voor een vergelijking gebruikt worden.

Een complicatie waarmee rekening gehouden dient te worden, is het feit dat sommige fellows meerdere behandeltrajecten hebben doorlopen. Dit kan worden veroorzaakt doordat, bijvoorbeeld, een fellow tijdens de behandeling in de kliniek 18 jaar (meerderjarig) is geworden en daardoor in een ander financieringsstructuur terecht is gekomen. In zo'n geval wordt het lopende behandeltraject afgesloten en een nieuw behandeltraject gestart. Ook kunnen jongeren in de kliniek zijn opgenomen tijdens de transitiefase van de zorgverzekeringswet en de jeugdzorg of kan er sprake zijn van een heropname. Tot slot

blijken er ook administratieve fouten voor te komen waardoor er van sommige jongeren meerdere behandeltrajecten voorkomen. Door deze meervoudige behandeltrajecten zouden cliënten van YWCC meermaals in de dataset kunnen voorkomen. Aangezien dit voor de analyses onwenselijk is, is ervoor gekozen om, in geval van meerdere behandeltrajecten, alleen het eerste behandeltraject mee te nemen in de analyses. Meervoudige behandeltrajecten bleken bij 10,5% (n=274) van de jongeren voor te komen.

In totaal omvat de steekproef die voor de analyses werd gebruikt de gegevens van 2622 fellows waarvan de startdatum van de behandeling ligt tussen 21 augustus 2013 en 19 februari 2019. Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal fellows dat per behandeljaar in de steekproef is opgenomen.

Tabel 1 Aantal fellows per behandeljaar

Behandeljaar	Aantal fellows	% van totaal
2013	105	4,0
2014	392	15,0
2015	471	18,0
2016	480	18,3
2017	560	21,4
2018	605	23,1
2019	9	,3
Totaal	2622	100%

2.2 Beschikbare variabelen

De ROM-data bevatten de gegevens van verschillende variabelen en instrumenten waarbij van sommige instrumenten ook verschillende metingen beschikbaar zijn. Er kunnen drie meetmomenten worden onderscheiden:

1. Intake / Start behandeling,
2. Einde klinische behandeling,
3. Einde nazorg.

In een zeer beperkt aantal gevallen waren ook metingen beschikbaar die uitgevoerd zijn na afloop van de behandeling (follow-up). Aangezien dit echter maar enkele respondenten betrof, zijn deze follow-up data buiten beschouwing gelaten.

In de bijlage is een overzicht opgenomen van de verschillende vragenlijsten.

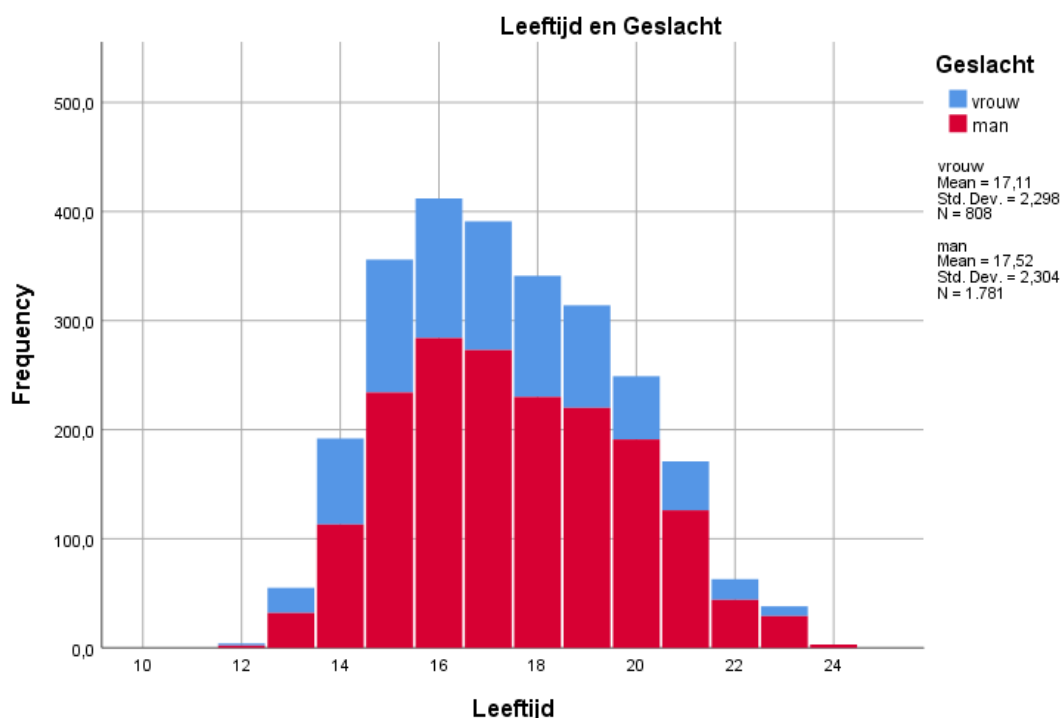
3 Resultaten

3.1 Cliëntkenmerken

Demografische kenmerken en primaire diagnose

De gemiddelde leeftijd bij aanvang van de behandeling van de fellows die bij YWCC in behandeling zijn geweest, bedraagt 17,4 jaar (s.d. 2,3, minimum 12, maximum 24). Van de fellows is 68,8% (n=1.781) man en 31,2% (n=808) vrouw. Figuur 1 geeft een overzicht van de leeftijds- en geslachtsverdeling van de fellows.

Figuur 1 Leeftijd- en geslachtsverdeling fellows



Tabel 2 laat de ontwikkeling van de leeftijd en de geslachtsverdeling van de fellows tussen 2013 en 2019 zien. Hierbij dienen de resultaten van 2019 buiten beschouwingen te worden gelaten vanwege het beperkte aantal fellows in de steekproef dat in 2019 is behandeld. De gemiddelde leeftijd van zowel de mannelijke als de vrouwelijke fellows is gestegen van gemiddeld 16,7 in 2013 tot gemiddeld 17,7 in 2018. De mannelijke fellows zijn gemiddeld bijna een half jaar ouder dan de vrouwelijke fellows (resp. 17,5 en 17,1 jaar; $t=4,12$ (2587) $p<,000$). Ook is het aandeel vrouwelijke fellows tussen 2013 en 2018 gestegen van 22,9% in 2013 tot 37,5% in 2018.

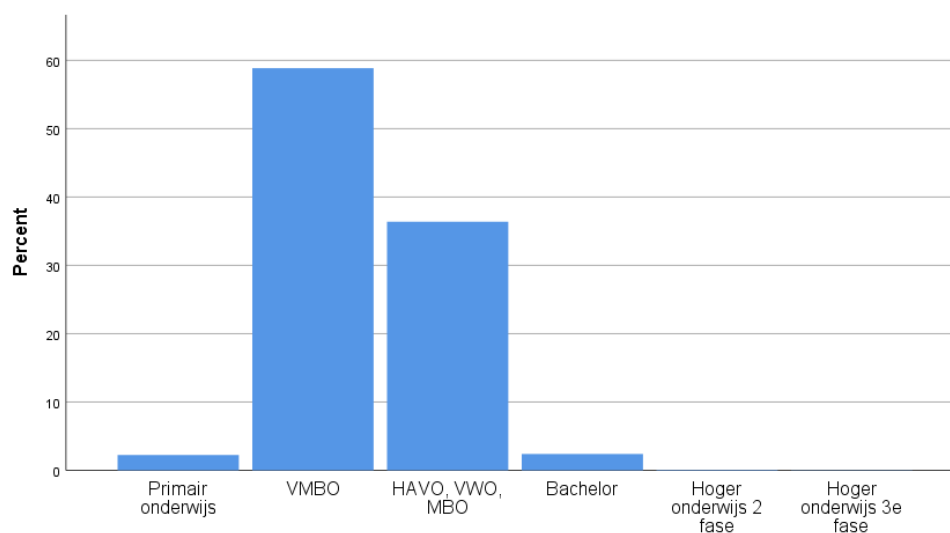
Wat het opleidingsniveau betreft (Figuur 2), blijken de meeste fellows het VMBO (58,9%, n=1445) of HAVO, VWO of MBO (36,4%, n=893) te volgen of hebben gevolgd.

De meeste jongeren leven als kind in een meeroudergezin (47,3%, n=1067) of een eenoudergezin (32,5%, n=733). Zie Figuur 3 voor een overzicht van de leefsituatie van de fellows.

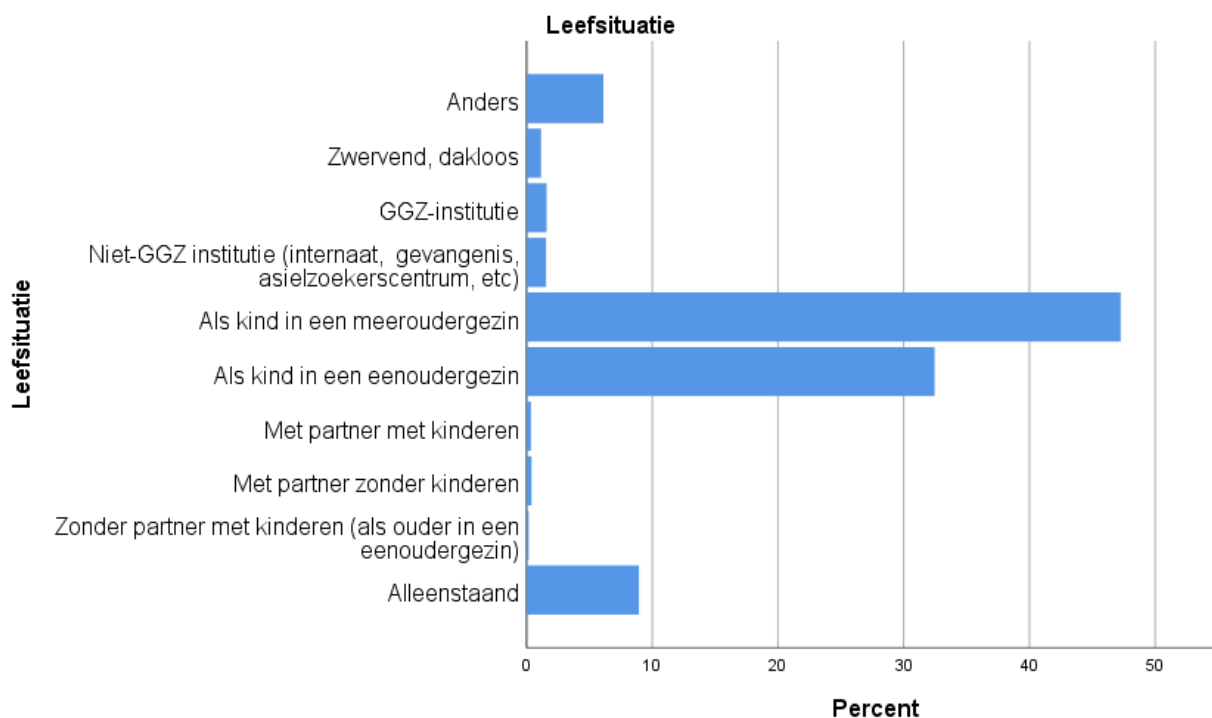
Tabel 2 Ontwikkeling leeftijd en geslachtsverdeling fellows over de jaren

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Totaal
Leeftijd vrouwen	16,04	16,81	16,77	17,15	17,33	17,41	15,50	17,11
n	24	103	147	130	175	227	2	808
% vrouw	22,9%	28,7%	31,2%	27,1%	31,3%	37,5%	22,2%	31,2%
Leeftijd mannen	16,90	17,20	17,14	17,63	17,80	17,86	15,29	17,52
n	81	256	324	350	385	378	7	1781
% man	77,1%	71,3%	68,8%	72,9%	68,8%	62,5%	77,8%	68,8%
Totaal	16,70	17,09	17,03	17,50	17,66	17,69	15,33	17,40
n	105	359	471	480	560	605	9	2589

Figuur 2 Opleidingsniveau



Figuur 3 Leefsituatie



Een analyse van de primaire diagnose van de fellows laat zien dat 124 verschillende primaire diagnoses kunnen worden onderscheiden. Sommige primaire diagnoses komen relatief vaak voor, zoals 'Cannabisafhankelijkheid' (13,9%, n=364) of 'Gedragsstoornis NAO' (8,0%, n=210). Andere diagnoses komen slechts een enkel maal voor (zoals 'Disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis'). Ook is bij een relatief groot gedeelte van de fellows (15,3%, n=402) geen primaire diagnose beschikbaar. Aangezien voor sommige analyses een onderscheid naar primaire diagnose gemaakt dient te worden, zijn de primaire diagnoses door een psychiater van YWCC gehergroepeerd waarbij 10 clusters van primaire diagnoses worden onderscheiden. Figuur 4 geeft deze geclusterde indeling van primaire diagnoses weer. De figuur laat zien dat het cluster 'Middelgebonden stoornissen' het vaakst voorkomt (34,6%, n= 765), gevolgd door 'Disruptieve impulsbeheersing e.a.' (26,2%, n=580) en 'Depressie en dysthymie' (10,1%, n=223).

Tabel 3 geeft de verdeling weer van de verschillende primaire diagnosecategorieën over de jaren. De aantallen in sommige diagnostische categorieën zijn te klein om analyses te kunnen doen naar ontwikkelingen over de tijd. Wel blijkt het aantal cliënten met een middelgebonden stoornis, met een persoonlijkheidsstoornis en met angstgerelateerde stoornissen de laatste jaren te zijn toegenomen. Het aantal cliënten met disruptieve impulsbeheersing e.a., een depressie en/of dysthymie, met autisme of met ADHD blijkt te zijn gedaald.

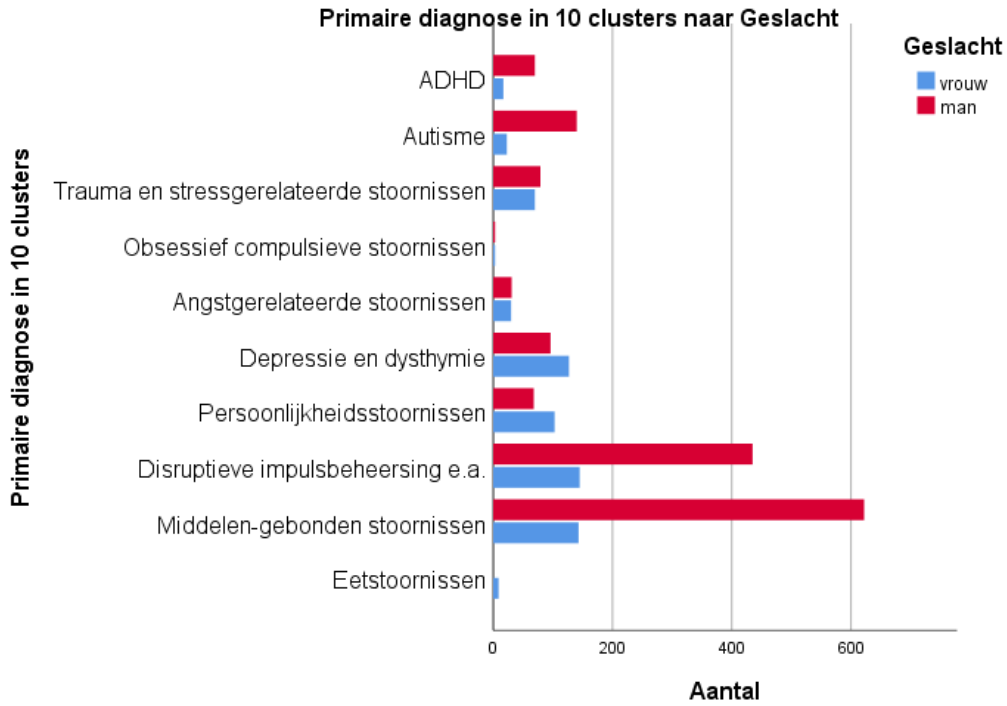
Tabel 3 Verdeling primaire diagnosecategorieën over de jaren

Primaire diagnosecategorie	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Totaal
n							
Eetstoornissen	1,0%	1,1%	0,6%	0,0%	0,0%	0,3%	0,4%
	1	4	3	0	0	1	9
Middelgebonden stoornissen	32,4%	32,4%	27,1%	31,5%	39,4%	46,1%	34,6%
	34	115	127	149	203	137	765
Disruptieve impulsbeheersing e.a.	34,3%	25,9%	32,2%	26,2%	24,3%	17,5%	26,2%
	36	92	151	124	125	52	580
Persoonlijkheidsstoornissen	2,9%	3,1%	6,0%	6,6%	9,7%	16,2%	7,7%
	3	11	28	31	50	48	171
Depressie en dysthymie	15,2%	11,8%	10,4%	8,2%	10,5%	7,7%	10,1%
	16	42	49	39	54	23	223
Angstgerelateerde stoornissen	1,0%	1,7%	2,1%	1,7%	3,7%	5,7%	2,8%
	1	6	10	8	19	17	61
Obsessief compulsieve stoornissen	0,0%	0,0%	0,6%	0,2%	0,4%	0,0%	0,3%
	0	0	3	1	2	0	6
Trauma en stressgerelateerde stoornissen	7,6%	4,2%	7,7%	10,8%	6,0%	2,7%	6,7%
	8	15	36	51	31	8	149
Autisme	3,8%	10,1%	7,0%	12,1%	4,5%	3,4%	7,4%
	4	36	33	57	23	10	163
ADHD	1,9%	9,6%	6,2%	2,7%	1,6%	0,3%	3,9%
	2	34	29	13	8	1	87
Totaal (n)	105	355	469	473	515	297	2214

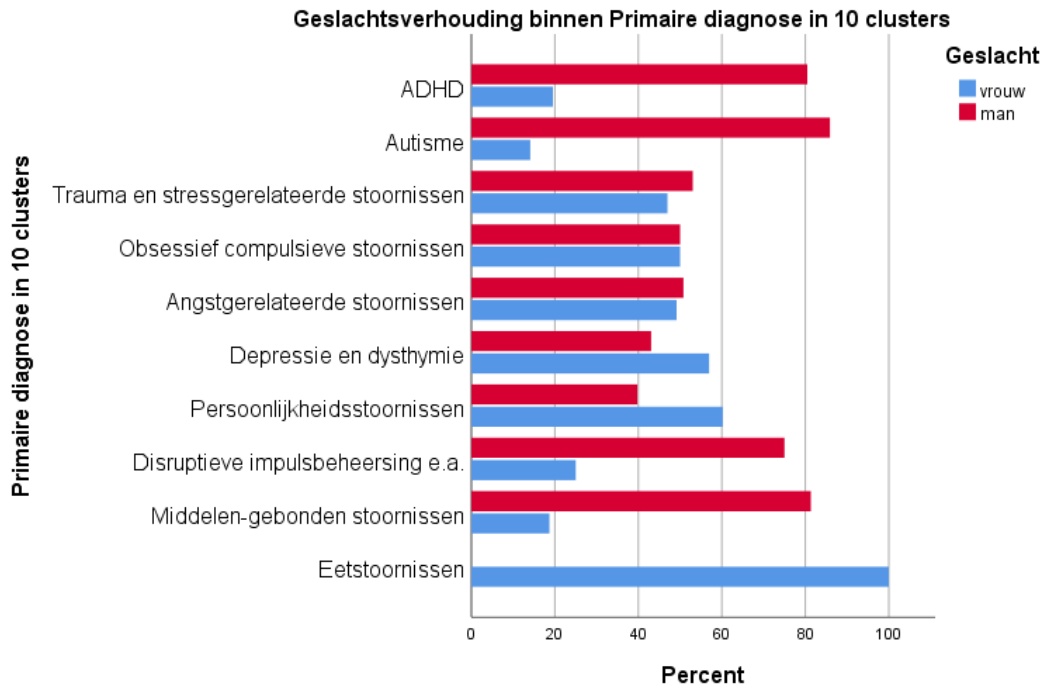
Geslachtsverhouding per primaire diagnose

Zoals al aangegeven, bestaat het merendeel van de jongeren die bij YWCC in behandeling zijn uit jongens (68,8% (n=1.781) man en 31,2% (n=808) vrouw). Deze geslachtsverhouding verschilt echter sterk per primaire diagnose, zie Figuur 5. Zo bestaat de (kleine) groep cliënten met een eetstoornis volledig uit meisjes (100% (n=9) vrouw) en vormen ook bij persoonlijkheidsstoornissen (60,2% (n=103)) en depressie en dysthymie (57,0% (n=127)) meisjes de meerderheid. Bij de overige diagnoses is de verhouding min of meer gelijk, of vormen jongens de meerderheid. Dat laatste is met name het geval bij autisme (85,9% (n=140) man), middelen-gebonden stoornissen (81,3% (n=622) man), ADHD (80,5% (n=70) man) en disruptieve impulsbeheersing e.a. (75,0% (n=435) man).

Figuur 4 Geclusterde categorieën van primaire diagnoses naar geslacht.



Figuur 5 Geslachtsverhouding per primaire diagnose



Leeftijd per primaire diagnose

Ook qua leeftijd zijn er verschillen per primaire diagnose, zie Tabel 4. Jongeren die opgenomen zijn vanwege een persoonlijkheidsstoornis, een angstgerelateerde stoornis of een middelen-gebonden stoornissen zijn gemiddeld het oudst (respectievelijk 19,3 jaar, 19,0 jaar en 18,4 jaar). Jongeren die opgenomen zijn vanwege een eetstoornis of ADHD zijn gemiddeld het jongst (respectievelijk 16,1 jaar en 16,5 jaar).

Tabel 4 Gemiddelde leeftijd naar geslacht per primaire diagnose categorie

Primaire diagnose		Gemiddelde leeftijd jongens	Gemiddelde leeftijd meisjes	Gemiddelde leeftijd totaal
1	Eetstoornissen	-	16,11 (n=9)	16,11 (n=9)
2	Middelen-gebonden stoornissen	18,40 (n=622)	18,28 (n=143)	18,38 (n=765)
3	Disruptieve impulsbeheersing e.a.	17,08 (n=435)	15,71 (n=145)	16,74 (n=580)
4	Persoonlijkheidsstoornissen	19,60 (n=68)	19,03 (n=103)	19,26 (n=171)
5	Depressie en dysthymie	18,16 (n=96)	17,39 (n=127)	17,72 (n=223)
6	Angstgerelateerde stoornissen	19,58 (n=31)	18,37 (n=30)	18,98 (n=61)
7	Obsessief compulsieve stoornissen	15,67 (n=3)	17,67 (n=3)	16,67 (n=6)
8	Trauma en stress-gerelateerde stoornissen	17,07 (n=70)	16,24 (n=79)	16,63 (149)
9	Autisme	17,34 (n=140)	17,35 (n=23)	17,34 (n=163)
10	ADHD	16,53 (n=70)	16,47 (n=17)	16,52 (87)
Totaal		17,80 (n=1544)	17,43 (n=670)	17,69 (n=2214)

3.2 Cliënttevredenheid

Om de cliënttevredenheid vast te stellen zijn diverse instrumenten gebruikt. Het aantal respondenten per instrument en de periode waarin het instrument is afgenomen, staan beschreven in Tabel 5.

Tabel 5 Overzicht aantal respondenten en invulperiode instrumenten cliënttevredenheid

Instrument	Aantal respondenten	Periode	Aard meting
CQiv-amb	252	19-12-2013 – 29-06-2016	Einde klinische opname
CQi-GGZ-VZ-AMB	117	01-07-2016 – 19-04-2017	Einde klinische opname
CQi-GGZ-VZ-KL	490	21-04-2017 – 26-02-2019	Einde klinische opname
Jeugdthermometer-12- (ingevuld door ouder(s))	53	01-03-2018 – 17-03-2019	Einde behandeling
Jeugdthermometer-12+	866	23-09-2013 – 15-03-2019	Einde klinische opname

Voor de huidige rapportage is de cliënttevredenheid geanalyseerd op basis van de data van de Jeugdthermometer-12+ omdat dit instrument door het grootste aantal respondenten is ingevuld. Op vergelijkbare wijze kan ook de cliënttevredenheid op basis van de andere instrumenten geanalyseerd worden.

Jeugdthermometer-12+

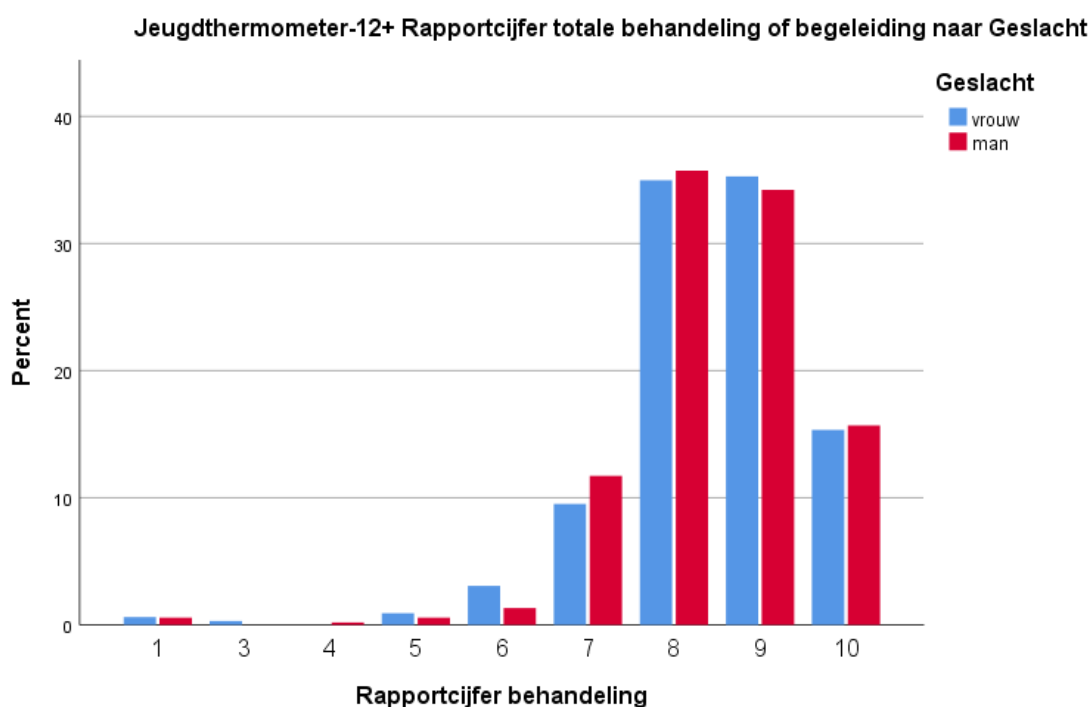
Het rapportcijfer is één van de onderdelen van de Jeugdthermometer-12+ (“Welk rapportcijfer zou je geven aan de totale behandeling of begeleiding?”). Het gemiddelde rapportcijfer over de gehele periode 23-09-2013 tot 15-03-2019 bedraagt 8,4 (s.d. 1,17, n=866). Een ruime meerderheid van 85,7% waardeert de behandeling met een rapportcijfer 8 of hoger. Een overzicht van de gegeven rapportcijfers voor de gehele periode is weergegeven in Figuur 6. Er is hierbij geen verschil in de waardering tussen mannen en vrouwen.

Tabel 6 geeft een overzicht van het gemiddelde rapportcijfer naar leeftijd van de fellows. In deze tabel zijn de fellows van 18 jaar en ouder samengevoegd vanwege het geringe aantal fellows van 18 jaar en ouder dat de Jeugdthermometer-12+ heeft ingevuld. Zoals de tabel laat zien, stijgt de waardering licht naarmate de fellows ouder zijn. Ook de proportie fellows dat de behandeling met een cijfer 8 of hoger waardeert stijgt naarmate de fellows ouder zijn.

Tabel 6 Rapportcijfer Jeugdthermometer-12+ naar leeftijd van de fellow

	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar	17 jaar	18 jaar en ouder	Totaal
Rapportcijfer	8,00 (n=35)	8,34 (n=113)	8,41 (n=208)	8,50 (n=265)	8,50 (n=220)	8,64 (n=14)	8,44 (n=855)
Rapportcijfer >= 8	77,1%	82,3%	85,6%	84,9%	88,6%	100%	85,6%

Figuur 6 Overzicht rapportcijfer Jeugdthermometer-12+



Tabel 7 geeft een overzicht van het gemiddelde rapportcijfer naar primaire diagnosecategorie. Er zijn geen verschillen naar primaire diagnosecategorie in waardering, met uitzondering van de groep Autisme die gemiddeld iets lager scoort dan de rest (bivariate toetsing: 8,1 vs. 8,6 ($t=2,69$ (669) $p=,007$)). Overigens zijn de aantallen fellows in sommige diagnosecategorieën (Obsessief compulsieve stoornis, Eetstoornissen en Angstgerelateerde stoornis) te laag voor betrouwbare analyses.

Tabel 8 geeft een overzicht van het gemiddelde rapportcijfer naar het jaar waarin het cijfer is gegeven. De gegevens laten een geringe maar statistisch significante afname van de gemiddelde waardering over de tijd zien.

Tabel 7 Gemiddeld rapportcijfer Jeugdthermometer-12+ naar primaire diagnose

Primaire diagnose categorie	Gem. cijfer (min - max)	Cijfer >= 8	N	s.d.
Eetstoornissen	8,00 (7 – 9)	60,0%	5	1,000
Middelen-gebonden stoornissen	8,67 (6 – 10)	87,3%	150	1,033
Disruptieve impulsbeheersing e.a.	8,43 (1 – 10)	84,8%	224	1,222
Persoonlijkheidsstoornissen	8,50 (5 – 10)	85,0%	20	1,277
Depressie en dysthymie	8,62 (3 – 10)	89,7%	87	1,174
Angstgerelateerde stoornis	8,92 (7 – 10)	92,3%	13	,954
Obsessief compulsieve stoornis	9,00 (9 – 9)	100%	2	,000
Trauma en stress-gerelateerde stoornissen	8,47 (6 – 10)	86,8%	76	,973
Autisme	8,10 (1 – 10)	82,7%	52	1,683
ADHD	8,67 (7 – 10)	95,2%	42	,816
Total	8,51 (1 – 10)	86,7%	671	1,172

Tabel 8 Gemiddeld rapportcijfer Jeugdthermometer-12+ naar jaartal

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Totaal
Rapportcijfer	8,87 (n=31)	8,51 (n=134)	8,48 (n=179)	8,63 (n=168)	8,35 (n=184)	8,16 (n=170)	8,44 (n=866)
Rapportcijfer >= 8	93,5%	88,1%	87,2%	89,3%	81,5%	81,8%	85,7%

3.3 Behandeluitkomsten

Om uitspraken te doen over de effectiviteit van de behandeling kunnen de gegevens gebruikt worden van de OQ45-sd en de SPsy-prob. Zowel de OQ45-sd als de SPsy-prob kunnen tijdens de intake of bij de start van de behandeling, als einde klinische behandeling en aan het einde van de behandeling zijn afgenomen.

In deze rapportage werken we behandeluitkomsten op basis van de OQ45-sd uit, op vergelijkbare wijze kunnen ook de behandeluitkomsten op basis van de SPsy-prob uitgewerkt worden.

OQ45-sd

Tabel 9 geeft een overzicht van het aantal beschikbare OQ45-sd metingen naar type meting (Intake of start behandeling, Einde klinische behandeling en Einde nazorg) dat in de dataset voorhanden is. Van alle respondenten blijken 973 respondenten (37,1%) tijdens de intake of bij de start van de behandeling een OQ45-sd te hebben ingevuld. Ongeveer een derde van de respondenten (31,4%, n=823) heeft de OQ45-sd bij het einde van de klinische

behandeling ingevuld en 423 respondenten (16,1%) hebben aan het einde van de nazorg een OQ45-sd ingevuld.

Tabel 9 Aantal beschikbare OQ45-se metingen naar type meting

Type meting	Aantal metingen (% van totaal aantal respondenten)
Intake of start behandeling	973 (37,1%)
Einde klinische behandeling	823 (31,4%)
Einde nazorg	423 (16,1%)

Om een behandelingseffect te kunnen vaststellen zijn (minimaal) twee metingen nodig, één aan het begin van de behandeling (intake of start behandeling) en een latere meting (einde van de klinische behandeling of nazorg). Om het eventuele behandelingseffect vast te stellen zijn verschilsscores berekend tussen latere en vroegere metingen. Een negatieve score duidt daarbij op een afname van de totaalscore op de OQ45-sd en dus op een afname van de klachten. Een significant verschil kan gezien worden als een positief behandelingseffect.

Aangezien er drie meetmomenten zijn, kunnen drie relevante verschilsscores worden berekend:

1. Verschilsscore einde nazorg minus intake of start behandeling,
2. Verschilsscore einde nazorg minus meting bij einde klinische behandeling,
3. Verschilsscore einde klinische behandeling minus intake of start behandeling.

Van alle respondenten hebben 380 respondenten (14,5%) zowel bij de intake of de start van de behandeling als aan het einde van de klinische behandeling een OQ45-sd ingevuld. Iets minder respondenten (n=351, 13,4%) hebben zowel bij het einde van de klinische behandeling als aan het einde van de nazorg een OQ45-sd ingevuld. De grootste groep is de groep respondenten die zowel bij de intake of start van de behandeling als bij het einde van de klinische behandeling een OQ45-sd hebben ingevuld (n=758, 28,9%). In het vervolg zal daarom de nadruk liggen op de verschilsscore tussen de intake of start van de behandeling en de meting bij het einde van de klinische behandeling.

Het behandelingseffect wordt in beeld gebracht door de proportie betrouwbaar verbeterde patiënten (Reliable Change Index; RCI²) te bepalen. Een verschilsscore op de OQ45-sd van 10 punten of meer duidt hierbij op een statistisch betrouwbare verandering³. Een afname van 10 punten op de OQ45-sd wijst daarmee op een verbetering van de situatie, een toename van 10 punten een verslechtering van de situatie en een toe- of afname van minder dan 10 punten op een onveranderde situatie.

² <https://www.uccs.edu/lbecker/clinsig>

³ de Beurs, E., Barendregt, M., Flens, G., Dijk, E. Van, Huijbrechts, I., & Meering, W. J. (2012). Vooruitgang in de behandeling meten - Een vergelijking van vragenlijsten voor zelfrapportage. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 67, 259–264.

De (verschil)scores worden weergegeven in Tabel 10. Uit de tabel blijkt dat de afname van de klachten zoals gemeten door de OQ45-sd, vooral plaatsvindt tussen het begin van de behandeling en de meting bij het einde van de klinische opname. Het verschil tussen de meting bij het einde van de klinische behandeling en de meting aan het eind van de nazorg is klein. De tabel maakt ook duidelijk dat er bij veruit de meeste fellows sprake is van een significante afname in gerapporteerde klachten. Aan het begin van de behandeling is de gemiddelde uitslag van de OQ45-sd 50,5 en bij 86,3% hoger dan de *cut-off* waarde van 33 (een cliënt met een score hoger dan de *cut-off* waarde wordt als 'ziek' beschouwd, zie voetnoot 4). Aan het eind van de nazorg bedraagt de gemiddelde score 33,6 en is bij 48,7% de score hoger dan de *cut-off*. Bij ongeveer driekwart van de fellows is er aan het eind van de klinische behandeling sprake van een significante afname in gerapporteerde klachten, bij ongeveer een kwart is er geen verandering opgetreden en bij enkele procenten is de situatie tijdens de behandeling verslechterd.

Tabel 10 Scores en verschillen OQ45-sd op verschillende meetmomenten

Gemiddelde score OQ45 intake of start behandeling (n=973)	Gemiddelde score OQ45 einde klinische behandeling (n=823)	Gemiddelde score OQ45 einde nazorg (n=423)	Einde nazorg minus intake of start (n=380)	Einde nazorg minus einde klinische behandeling (n=351)	Einde klinische behandeling minus intake of start (n=758)
50,5 (s.d. 15,0)	32,6 (s.d. 12,7)	33,6 (s.d. 14,5)	-18,3 (s.d. 17,2)	1,1 (s.d. 12,7)	-19,1 (s.d. 15,3)
			Slechter 3,7% (n=14)	Slechter 22,5% (n=79)	Slechter 2,9% (n=22)
'Ziek' ⁴ : 86,3% (n=840)	'Ziek': 47,3% (n=389)	'Ziek': 48,7% (n=206)	Gelijk 26,6% (n=101)	Gelijk 60,7% (n=213)	Gelijk 23,2% (n=176)
			Beter 69,7% (n=265)	Beter 16,8% (n=59)	Beter 73,9% (n=560)

⁴ De *cut-off* waarde van de OQ45-sd bedraagt 33; een patiënt met een score \geq CO wordt als 'ziek' beschouwd (de Beurs, E., Barendregt, M., Flens, G., Dijk, E. Van, Huijbrechts, I., & Meering, W. J. (2012). Vooruitgang in de behandeling meten - Een vergelijking van vragenlijsten voor zelfrapportage. Maandblad Voor Geestelijke Volksgezondheid, 67, 259–264).

Hieronder wordt nader ingegaan op het behandel-effect (de verschilscore meting einde klinische behandeling minus intake of start) naar geslacht, leeftijd, jaar van behandeling en categorie van primaire diagnose. Tot slot komt de relatie tussen cliënttevredenheid en het behandel-effect aan de orde.

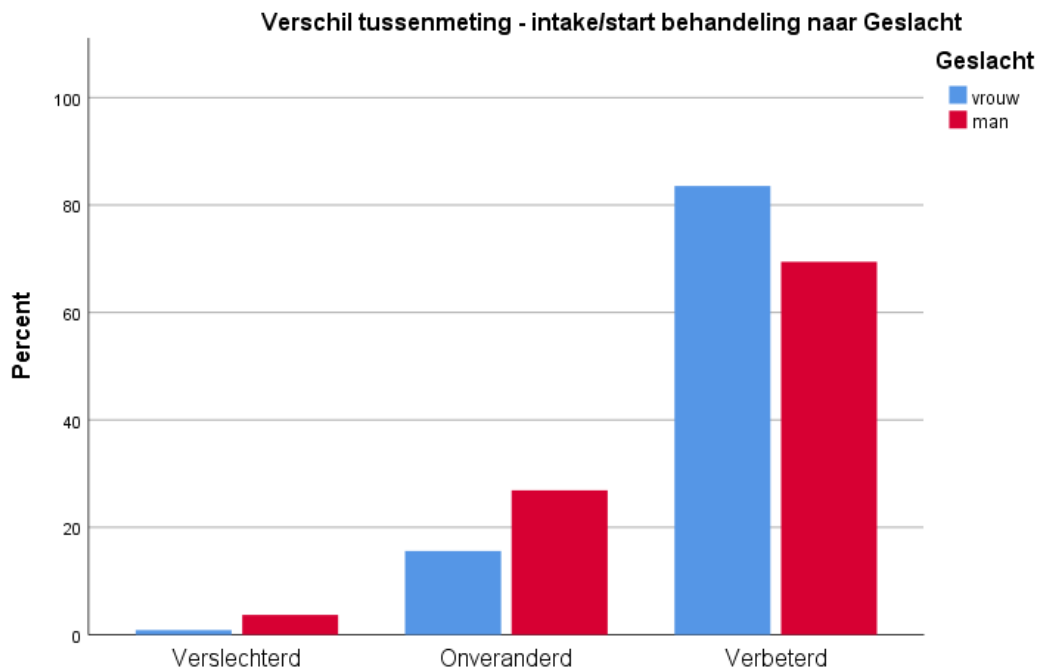
Behandeleffect naar geslacht

Tabel 11 en Figuur 7 geven het behandel-effect weer (verschil OQ45-sd meting einde klinische behandeling minus intake/start behandeling) uitgesplitst naar geslacht. Bij 83,5% van de vrouwen is er sprake van een verbetering van de situatie, bij mannen is dat het geval bij 69,4%. Bij de vrouwen is er ook sprake van een grotere afname in de gemiddelde score op de OQ45-sd dan bij mannen (-24,9 vs. -16,6; $t=-6,87$ (408,897), $p<,000$).

Tabel 11 Behandel-effect (meting einde klinische behandeling/tussenmeting minus intake/start behandeling) naar geslacht

	Vrouw	Man	Totaal
Verslechterd	0,9%	3,7%	2,8%
(n)	(2)	(19)	(21)
Onveranderd	15,6%	26,9%	23,4%
(n)	(36)	(139)	(175)
Verbeterd	83,5%	69,4%	73,8%
(n)	(193)	(359)	(552)
Totaal	100%	100%	100%
(n)	(231)	(517)	(748)
Gemiddeld verschil OQ45-sd	-24,9	-16,6	-19,1

Figuur 7 Behandel-effect naar geslacht



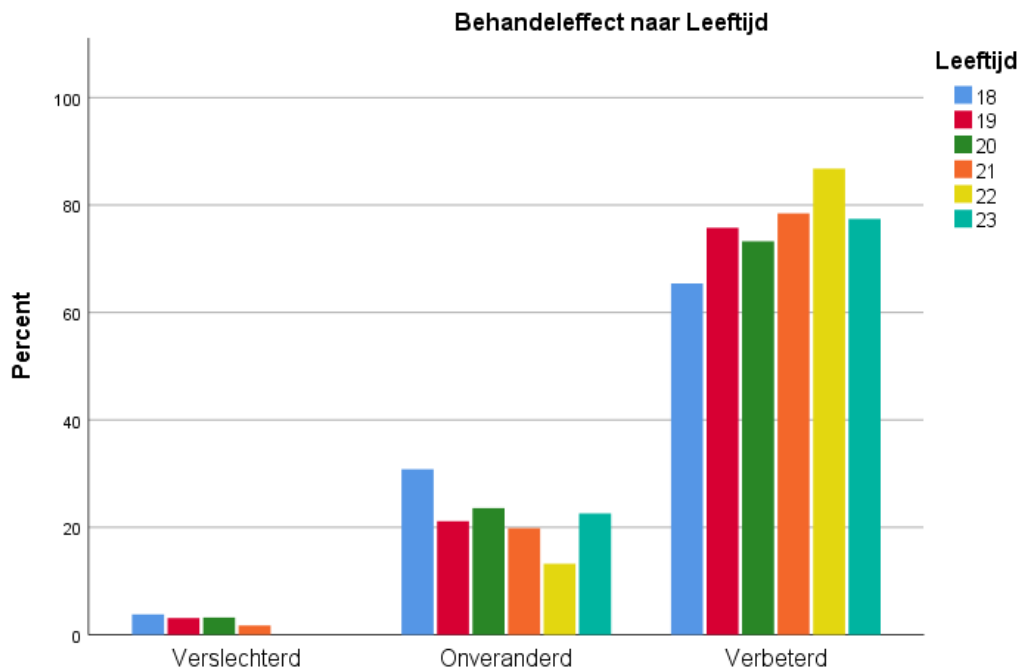
Behandel-effect naar leeftijd

Tabel 12 en Figuur 8 geven het behandel-effect weer (verschil OQ45-sd Einde klinische behandeling/tussenmeting minus intake/start behandeling) uitgesplitst naar leeftijd waarbij de leeftijd is beperkt van 18 tot 23 jaar omdat slechts enkele fellows jonger dan 18 jaar of ouder dan 23 de OQ45-sd hebben ingevuld. Uit de tabel komt naar voren dat de afname van de symptomen zoals gemeten met de OQ45-sd toeneemt naarmate de fellows ouder zijn.

Tabel 12 Behandel-effect (Einde klinische behandeling/tussenmeting minus intake/start behandeling) naar leeftijd

Leeftijd	Verslechterd (n)	Onveranderd (n)	Verbeterd (n)	Gemiddelde verschillscore OQ45-sd (n)
18	3,8% (7)	30,8% (57)	65,4% (121)	-15,42 (185)
19	3,1% (6)	21,1% (41)	75,8% (147)	-18,84 (194)
20	3,2% (5)	23,6% (37)	73,2% (115)	-20,10 (157)
21	1,7% (2)	19,8% (23)	78,4% (91)	-21,90 (116)
22	0,0% (0)	13,2% (7)	86,8% (46)	-24,08 (53)
23	0,0% (0)	22,6% (7)	77,4% (24)	-20,65 (31)

Figuur 8 Behandelingseffect naar leeftijd



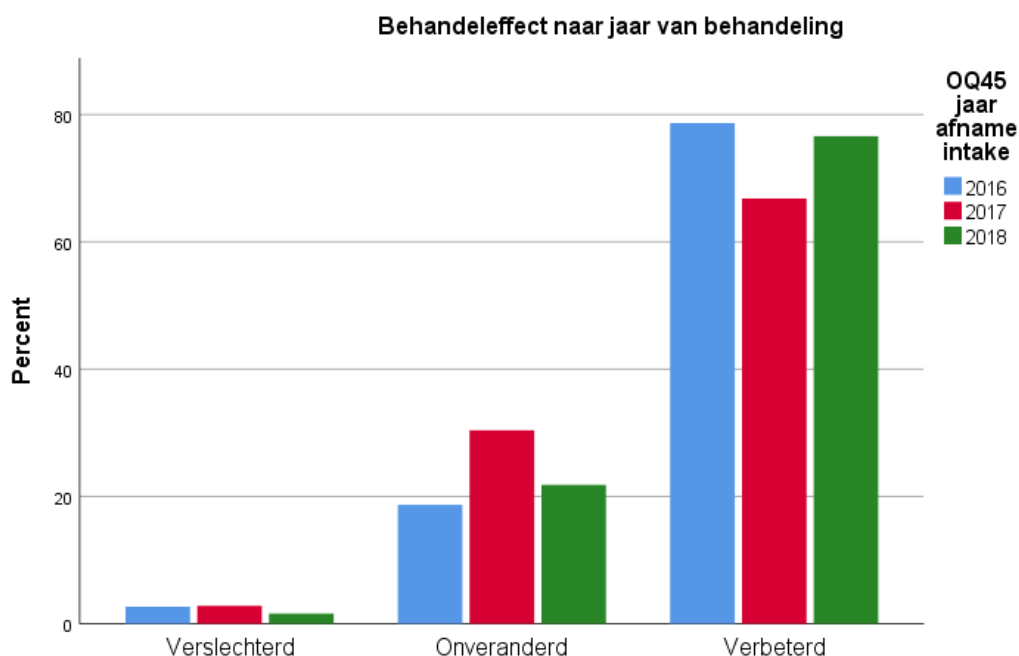
Behandelingseffect naar jaar van behandeling

Voor deze analyse wordt het jaar van behandeling gebaseerd op de datum van de intakeafname van de OQ45-sd. Het databestand bevat alleen OQ45-sd gegevens waarbij de intake plaatsvond in 2016, 2017 en 2018. Tabel 13 en Figuur 9 laten geen duidelijke ontwikkeling in het behandelingseffect over de jaren zien.

Tabel 13 Behandelingseffect (Einde klinische behandeling/tussenmeting minus intake/start behandeling) naar jaar van behandeling

Jaar van behandeling	Verslechterd (n)	Onveranderd (n)	Verbeterd (n)	Gemiddelde verschilscore OQ45-sd (n)
2016	2,7% (4)	18,7% (28)	78,7% (118)	-18,33 (150)
2017	2,8% (6)	30,4% (65)	66,8% (143)	-18,49 (214)
2018	1,6% (4)	21,8% (55)	76,6% (193)	-20,81 (252)

Figuur 9 Behandelingseffect naar jaar van behandeling



Behandelingseffect naar primaire diagnose

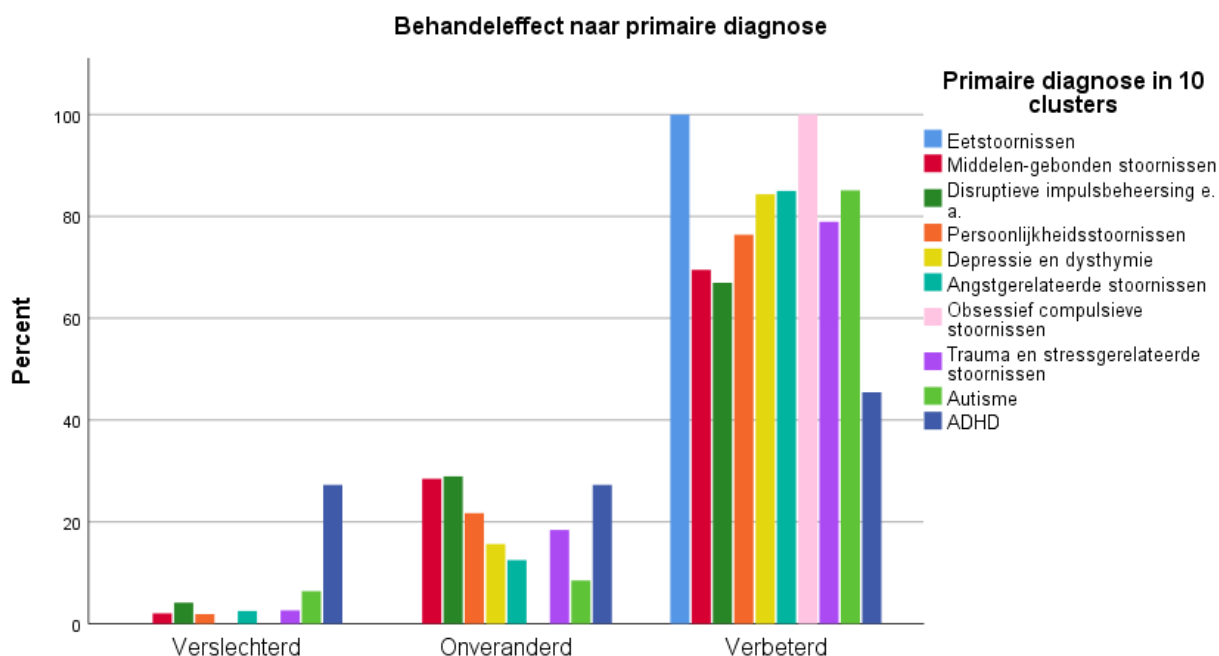
Tabel 14 en figuur 10 geven het behandelingseffect weer (verschil OQ45-sd meting bij einde klinische opname minus intake/start behandeling) uitgesplitst naar primaire diagnose. Hoewel er duidelijke verschillen tussen de verschillende primaire diagnoses lijken te bestaan, is het door de lage aantallen fellows in sommige primaire diagnoses maar beperkt mogelijk betrouwbare conclusies te trekken over verschillen in behandelingseffect naar primaire diagnose.

Vergeleken met de gemiddelde verschillenscore op de OQ-45-sd blijken de verschillenscores van fellows met als primaire diagnose Middelen-gebonden stoornissen, Disruptieve impulsbeheersing e.a. en ADHD kleiner dan gemiddeld te zijn. Bij deze fellows is de afname van de klachten en dus het behandelingseffect geringer dan gemiddeld. Bij fellows met als primaire diagnose Depressie en dysthymie is de afname van de klachten en dus het behandelingseffect daarentegen juist groter. Bij fellows met als primaire diagnose Eetstoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen, Angstgerelateerde stoornissen, Trauma en stress-gerelateerde stoornissen en Autisme is er geen statistisch significant verschil met de gemiddelde verschillenscore.

Tabel 14 Behandel-effect naar primaire diagnose

Primaire diagnose	Verslechterd (n)	Onveranderd (n)	Verbeterd (n)	Gemiddelde verschilscore OQ45-sd (n)
Eetstoornissen	0,0% (0)	0,0% (0)	100,0% (2)	-18,50 (2)
Middelen- gebonden stoornissen	2,0% (6)	28,5% (84)	69,5% (205)	-17,17 (295)
Disruptieve impulsbeheersing e.a.	4,1% (5)	28,9% (35)	66,9% (81)	-16,26 (121)
Persoonlijkheids- stoornissen	1,9% (2)	21,7% (23)	76,4% (81)	-20,21 (106)
Depressie en dysthymie	0,0% (0)	15,7% (13)	84,3% (70)	-27,33 (83)
Angstgerelateerde stoornissen	2,5% (1)	12,5% (5)	85,0% (34)	-23,13 (40)
Obsessief compulsieve stoornissen	0,0% (0)	0,0% (0)	100,0% (1)	-12,00 (1)
Trauma en stress- gerelateerde stoornissen	2,6% (1)	18,4% (7)	78,9% (30)	-22,34 (38)
Autisme	6,4% (3)	8,5% (4)	85,1% (40)	-19,96 (47)
ADHD	27,3% (3)	27,3% (3)	45,5% (5)	-2,82 (11)
Totaal	2,8% (21)	23,4% (174)	73,8% (549)	-19,13 (744)

Figuur 10 Behandelingseffect naar primaire diagnose



Relatie tussen de tevredenheid van de cliënt en het behandelingseffect

Tot slot is gekeken naar de relatie tussen de tevredenheid over de behandeling van de fellows en het behandelingseffect. Hierbij is het behandelingseffect net als hiervoor geoperationaliseerd als de verschilscore op de OQ45-sd meting einde klinische behandeling/tussenmeting minus intake/start behandeling. Als maat voor de tevredenheid van de cliënten nemen we het rapportcijfer dat de cliënten gevraagd is te geven in de CQi-GGZ-VZ-AMB, de CQi-GGZ-VZ-KL en de CQiv-amb.

Zoals Tabel 15 laat zien, duiden twee van de drie maten voor clienttevredenheid op een zwak negatief verband tussen cliënttevredenheid en de OQ45 verschilscore Einde klinische behandeling/tussenmeting minus intake of start. Dit zwakke negatieve verband duidt erop dat cliënten bij wie sprake is van een afname van de klachten (iets) meer tevreden zijn over de behandeling. Zo geven de cliënten bij wie sprake is van een afname van klachten en dus een verbetering van de situatie, oftewel een positief behandelingseffect (zie Tabel 10), gemiddeld een 8,8 op CQi-GGZ-VZ-KL terwijl cliënten bij wie sprake is van een verslechtering of gelijkblijvende situatie gemiddeld een 8,3 geven (resp. n=325 en n=121). Dit verschil is statistisch significant ($t=-4,141$ (444) $p=,000$). Evenzo geven cliënten bij wie sprake is van een positief behandelingseffect een 9,0 op de CQiv-amb, terwijl cliënten bij wie sprake is van een verslechtering of gelijkblijvende situatie gemiddeld een 8,4 geven (resp. n=102 en n=39). Ook dit verschil is statistisch significant ($t=-2,706$ (139) $p=,008$).

Tabel 15 Relatie cliënttevredenheid en verschilscore OQ45-sd

	OQ45 verschilscore: tussen minus intake of start
CQi-GGZ-VZ-AMB Welk cijfer geeft u aan de behandeling?	
- Pearson Correlatie	- -,086
- Sig. (2-tailed)	- ,398
- n	- 99
CQi-GGZ-VZ-KL Welk cijfer geeft u aan de behandeling?	
- Pearson Correlatie	- -,267**
- Sig. (2-tailed)	- ,000
- N	- 446
CQiv-amb Welk cijfer geeft u aan de behandeling?	
- Pearson Correlatie	- -,174*
- Sig. (2-tailed)	- ,039
- n	- 141

** : Correlatie is significant op 0,01 niveau.

* : Correlatie is significant op 0,05 niveau.

4 Samenvatting en conclusie

De resultaten van dit derde deelonderzoek bieden inzicht in de kenmerken van de cliënten die een behandeling bij YWCC hebben ondergaan (de fellows), in de door de fellows gerapporteerde subjectieve cliënttevredenheid en in de behandeluitkomsten (effectiviteit) van de behandeling door YWCC. Hierbij is telkens ook gekeken naar ontwikkelingen over de tijd, verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke fellows, verschillen naar leeftijd van de fellows en, waar mogelijk, naar verschillen tussen fellows met verschillende primaire diagnosecategorieën.

Cliëntkenmerken

De cliënten van YWCC zijn gemiddeld 17,4 jaar oud, waarbij de mannelijke cliënten gemiddeld iets ouder zijn (17,5 jaar) dan de vrouwelijke cliënten (17,1 jaar). In de periode 2013 – 2018 is de gemiddelde leeftijd van zowel de mannelijke als de vrouwelijke cliënten licht gestegen van gemiddeld 16,7 jaar in 2013 tot gemiddeld 17,7 jaar in 2018. De meerderheid (68,8%) van de cliënten van YWCC is mannelijk. Het aandeel vrouwelijke cliënten is tussen 2013 en 2018 wel gestegen van 22,9% in 2013 tot 37,5% in 2018. De meeste cliënten (58,9%) volgen of hebben gevolgd een vmbo-opleiding en de meeste cliënten komen uit een meeroudergezin (47,3%) of een eenoudergezin (32,5%). De meeste cliënten hebben als primaire diagnose Middelgebonden stoornissen (34,6%), Disruptieve impuls-beheersing e.a. (26,2%) of Depressie en dysthymie (10,1%). Het relatieve aantal cliënten met een middelgebonden stoornis, met een persoonlijkheidsstoornis en met angstgerelateerde stoornissen is tussen 2013 en 2018 toegenomen. Het relatieve aantal cliënten met disruptieve impuls-beheersing e.a., een depressie en/of dysthymie, met autisme of met ADHD is in dezelfde periode gedaald. Er zijn (grote) verschillen in de geslachtsverdeling tussen de verschillende primaire diagnoses. Bij eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en depressie en dysthymie is de meerderheid van de cliënten vrouwelijk. Bij autisme, middelen-gebonden stoornissen, ADHD en disruptieve impulsbeheersing is de (grote) meerderheid van de cliënten mannelijk. Ook qua leeftijd zijn er verschillen per primaire diagnose. Zo zijn cliënten met als primaire diagnose een persoonlijkheidsstoornis, een angstgerelateerde stoornis of een middelen-gebonden stoornis gemiddeld het oudst en cliënten met als primaire diagnose een eetstoornis of ADHD het jongst.

Cliënttevredenheid

Er zijn meerdere instrumenten die cliënttevredenheid bij verschillende leeftijdsgroepen en in verschillende perioden hebben vastgesteld met behulp van de vraag “Welk rapportcijfer zou je geven aan de totale behandeling of begeleiding?” Voor het huidige onderzoek is de

cliënttevredenheid geanalyseerd op basis van de gegevens van de Jeugdthermometer-12+, welke is afgenomen bij 866 fellows in de periode september 2013 tot en met maart 2019.

Het gemiddelde rapportcijfer over alle fellows en de gehele periode bedraagt 8,4. Een ruime meerderheid van alle fellows (85,7%) waardeert de behandeling met een rapportcijfer 8 of hoger. Er zijn geen verschillen in cliënttevredenheid vastgesteld tussen mannelijke en vrouwelijke fellows. Wel is er een verschil in cliënttevredenheid gevonden naar leeftijd van de fellows; de waardering stijgt licht naarmate de fellows ouder zijn. Fellows van 13 jaar gaven gemiddeld het rapportcijfer 8,0 en fellows van 18 jaar en ouder een 8,6. Er zijn geen verschillen in de waardering naar primaire diagnosecategorie, met uitzondering van de groep Autisme die gemiddeld iets lager scoort dan de rest (8,1 vs. 8,6). Er blijkt een lichte daling van de waardering te zijn over de tijd van 8,9 in 2013 naar 8,2 in 2018.

Behandeluitkomsten

Net als bij de cliënttevredenheid zijn er ook verschillende instrumenten waarmee de behandeluitkomst kan worden vastgesteld. Voor het huidige onderzoek zijn de behandeluitkomsten geanalyseerd op basis van de gegevens van de OQ45-sd (subscala Symptomatische Distress), welke is afgenomen aan het begin van de behandeling, bij het einde van de klinische behandeling en aan het eind van de nazorg. Het instrument meet lichamelijke klachten en algemeen functioneren. Een afname van de score betekent een afname van de klachten wat duidt op een positief behandelresultaat.

De resultaten maken duidelijk dat er bij ongeveer driekwart van de fellows aan het einde van de behandeling sprake van een significante afname in gerapporteerde klachten, bij ongeveer een kwart is er geen verandering opgetreden en bij enkele procenten is de situatie, zoals gemeten met de OQ45-sd, tijdens de behandeling verslechterd. De resultaten maken ook duidelijk dat de afname van de klachten vooral plaatsvindt tussen het begin van de behandeling en het einde van de klinische behandeling.

Er blijken verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke fellows te bestaan wat betreft de behandeluitkomst; bij 83,5% van de vrouwen is er sprake van een verbetering van de situatie, bij mannen is dat het geval bij 69,4%. Ook blijkt er een positieve relatie te zijn met de leeftijd van de fellow; bij 65,4% van de fellows van 18 jaar is er een verbetering opgetreden, bij de fellows van 23 jaar is dit 77,4%. Tot slot zijn er verschillen in de behandeluitkomst, zoals gemeten met de OQ45-sd, tussen de verschillende primaire diagnoses. Fellows met als primaire diagnose Depressie en dysthymie laten een grotere afname van klachten zien dan de overige categorieën, fellows met als primaire diagnose Middelen-gebonden stoornissen, Disruptieve impulsbeheersing e.a. en ADHD laten daarentegen een geringere afname van de klachten zien. Tot slot blijkt de afname van de

klachten samen te hangen met de tevredenheid van de fellows. Fellows bij wie sprake is van een afname van de klachten zijn gemiddeld (iets) meer tevreden over de behandeling.

Beperkingen van het onderzoek

Zoals aan het begin van deze rapportage vermeld, omvat het huidige onderzoek niet alle mogelijke analyses. Door ook de andere beschikbare variabelen te analyseren kan nagegaan worden of de resultaten van deze andere analyses de huidige bevindingen ondersteunen en daarmee de zeggingskracht en de algemene geldigheid van de resultaten vergroten.

Bij verschillende variabelen bleek dat het betreffende instrument niet door alle fellows is ingevuld. Niet duidelijk is waarom van sommige fellows data ontbreken. Wanneer er structurele redenen zijn waarom van sommige fellows data missen, kan dat een bias tot gevolg hebben omdat de geanalyseerde fellows mogelijk niet representatief zijn voor de gehele groep. Dit zou kunnen leiden tot een vertekening van de resultaten.

Bij de analyses naar bijvoorbeeld de behandeluitkomst, waaruit bleek dat de behandeling gemiddeld genomen een positiever effect had bij cliënten met als primaire diagnose Depressie en dysthymie, is niet gecorrigeerd voor verschillen in bijvoorbeeld geslacht tussen de verschillende primaire diagnoses. Omdat bij de fellows met als primaire diagnose Depressie en dysthymie vrouwelijke fellows oververtegenwoordigd zijn, en vrouwelijke fellows gemiddeld genomen een positiever behandel-effect laten zien, kan de bevinding dat cliënten met als primaire diagnose Depressie en dysthymie beter op de behandeling reageren, (mede) veroorzaakt zijn door dit geslachtsverschil (*confounding*).

Het huidige onderzoek biedt geen totaaloverzicht van de mogelijke analyses die op basis van de ROM-gegevens kunnen worden uitgevoerd, maar laat wel zien welke inzichten op basis van de ROM-gegevens kunnen worden gegenereerd. Het onderzoek biedt daarmee inzicht in de mogelijkheden om de behandeling op cijfermatige basis te evalueren en daarmee de behandeling door YWCC wetenschappelijk te onderbouwen. De cijfers kunnen daarnaast ook gebruikt worden om inzicht te verkrijgen in welke cliënten meer en welke minder goed reageren op de behandeling door YWCC. Deze inzichten zouden nog groter en betrouwbaarder kunnen zijn wanneer gepoogd wordt non-respons zoveel mogelijk te voorkomen. Ook zou men kunnen overwegen de dataverzameling uit te breiden met specifieke instrumenten die bijvoorbeeld (mede) richting zouden kunnen geven aan inhoudelijke aspecten van de behandeling, of duidelijk zouden kunnen maken welke kenmerken van een cliënt een meer of minder goed behandelresultaat voorspellen.



Onderzoek
naar welzijn,
zorg &
verslaving

Rapportage

Conclusie

YWCC behandelt jongeren in de leeftijd van 12 tot 24 jaar met een breed scala aan psychosociale problemen. De resultaten van het huidige onderzoek, op basis van de ROM-gegevens, laten zien dat de meeste cliënten de behandeling zeer waarderen, gemiddeld met een 8,4, en dat bij driekwart van de cliënten de behandeling een positief effect heeft gehad en heeft geleid tot een significante afname van gerapporteerde klachten.

Bijlage

Hieronder volgt een beschrijving van de variabelen en instrumenten waarvan gegevens beschikbaar zijn. Telkens is aangegeven van hoeveel respondenten de waarde van de betreffende variabele beschikbaar is.

- **Demografische gegevens:** leeftijd (n=2589), geslacht (n=2589), opleidingsniveau (n=2455), leefsituatie (n=2258), gemeentecode (n=2586)
- **Primaire diagnose:** oorspronkelijk 124 verschillende diagnoses, deze zijn gehercodeerd tot 10 verschillende clusters, zie Figuur 4 (n=2214).
- **GAF-score:** de GAF-score is een maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid in de vorm van een score tussen 0 en 100. De GAF-score wordt tijdens de intake vastgesteld door de psychiater (n=2255).
- **CQi-GGZ-VZ-AMB:** item 1 t/m 15. De 'CQ-index Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg ambulante trajecten' meet kwaliteitsaspecten van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en verslavingszorg (VZ) vanuit het perspectief van de cliënt (n=117). Het instrument kent de volgende subschalen:
 - Bejegening:
 - Item 1: Hebben uw behandelaar(s) u serieus genomen?
 - Item 2: Hebben uw behandelaar(s) u dingen op een begrijpelijke manier uitgelegd?
 - Contact:
 - Item 3: Heeft u makkelijk contact gekregen met uw behandelaar(s)? (telefonisch, per e-mail, of anderszins)
 - Samen beslissen:
 - Item 4: Heeft u informatie gekregen over de behandelingsmogelijkheden die er voor uw klachten zijn?
 - Item 5: Is met u besproken welke resultaten u van de behandeling kunt verwachten?
 - Item 6: Heeft u informatie gekregen over zelfhulpprogramma's, cliëntondersteuning, en/of patiëntenverenigingen?
 - Item 7: Heeft u mee kunnen beslissen over een bepaalde vorm van behandeling?
 - Betrekken van naasten:
 - Item 8: Heeft u de keuze gehad of uw naasten (bijvoorbeeld familie of vrienden) betrokken werden bij de behandeling?
 - Uitvoering behandeling:

- Item 9: Is de behandeling naar uw mening de juiste aanpak voor uw klachten geweest?
 - Item 10: Is de behandeling naar uw wens uitgevoerd?
 - Bijwerkingen medicijnen:
 - Item 11: Heeft u informatie gekregen over de eventuele (lichamelijke) bijwerkingen van de medicijnen die u gebruikt?
 - Bespreken ROM resultaten:
 - Item 12: Voor en misschien tijdens de behandeling heeft u of uw behandelaar(s) één of meerdere vragenlijsten ingevuld over hoe het op dat moment met u ging. Zijn de resultaten met u besproken?
 - Rapportcijfer:
 - Item 13: Welk cijfer geeft u aan de behandeling?
 - Gezondheid:
 - Item 14: Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?
 - Opleiding:
 - Item 15: Wat is uw hoogst voltooide opleiding?
- **CQi-GGZ-VZ-KL:** item 1 t/m 21. De 'CQ-index Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg klinische opname' meet kwaliteitsaspecten van de klinische geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en verslavingszorg (VZ) vanuit het perspectief van de cliënt (n=490). De klinisch versie bevat dezelfde items 1 tot en met 15 als de hierboven beschreven ambulante versie, aangevuld met 6 extra items verdeeld over twee extra subschalen:
 - Gevoel van veiligheid:
 - Item 16: Heeft u zich veilig gevoeld in de groep?
 - Item 17: Heeft u zich veilig gevoeld op de afdeling?
 - Woon- en leefomstandigheden:
 - Item 18: Is uw afdeling goed schoon gehouden?
 - Item 19: Heeft u het gebouw en de leefomgeving prettig gevonden?
 - Item 20: Heeft u het eten goed gevonden?
 - Item 21: Is er voldoende aandacht geweest voor uw privacy tijdens het verblijf in de instelling?
- **CQiv-amb:** item 1 t/m 21. De 'CQ-index Kortdurende ambulante GGZ verkort' is de voorganger van de CQi-GGZ-VZ-AMB (n=252). De subschalen en items overlappen gedeeltelijk met de CQi-GGZ-VZ-AMB:
 - Bejegening:
 - Item 1: Neemt de behandelaar u serieus?
 - Item 2: Legt uw behandelaar u dingen op een begrijpelijke manier uit?

- Item 3: Begrijpt uw behandelaar in voldoende mate wat uw klachten zijn?
 - Vervulling hulpwensen:
 - Item 4: Is/was de behandeling naar uw mening de juiste aanpak voor uw klachten?
 - Item 5: Wordt/werd het behandelplan naar uw wens uitgevoerd?
 - Bereikbaarheid van de behandelaars:
 - Item 6: Is het een probleem om een afspraak met uw behandelaar snel te laten plaatsvinden?
 - Item 7: Is het een probleem om uw behandelaar overdag tussen 9.00 en 17.00 uur telefonisch te bereiken?
 - Informatievoorziening:
 - Item 8: Heeft u informatie gekregen over de behandelingsmogelijkheden die er voor uw klachten zijn?
 - Item 9: Heeft u informatie gekregen over hoe u met uw klachten om kunt gaan?
 - Item 10: Heeft u informatie gekregen over het resultaat dat u van de behandeling kunt verwachten?
 - Keuzemogelijkheden:
 - Item 11: Heeft u informatie gekregen over andere vormen van behandeling of ondersteuning zoals zelfhulpprogramma's, cliëntondersteuning, patiëntenverenigingen, E-hulp en alternatieve geneeswijzen?
 - Item 12: Kunt u uw voorkeuren aangeven voor een bepaalde vorm van een behandeling?
 - Item 13: Kunt u kiezen uit verschillende soorten behandelingen?
 - Evaluatie:
 - Item 14: Zijn er samen met u doelen voor de behandeling geformuleerd?
 - Item 15: Heeft u uw doelen dankzij de behandeling bereikt?
 - Beoordeling:
 - Item 16: Hoe waarschijnlijk is het dat u deze instelling bij anderen, met dezelfde problematiek, aanbeveelt?
 - Item 17: Welk cijfer geeft u aan de behandeling? Een 0 betekent heel erg slecht. Een 10 betekent uitstekend.
 - Over uzelf:
 - Item 18: Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?
 - Item 19: Wat is uw hoogst voltooide opleiding?
- **GAS-Cliënt:** Goal Attainment Scale (item 1). De cliënt geeft aan het eind van het zorgtraject aan of het gestelde behandelgoal (deels) is behaald of niet (n=185).

- **Jeugdthermometer-12+:** item 1 t/m 17 + item 20. De GGZ Jeugdthermometer is een instrument voor jongeren van 12 jaar en ouder om de waardering van de geboden zorg te meten (in te vullen door de jongere zelf) (n=866).

Domeinen:

- Waardering van de informatievoorziening:
 - Item 1: Heb je voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling?
 - Item 2: Heb je voldoende informatie gekregen over de aanpak van je behandeling of begeleiding?
 - Item 3: Heb je voldoende informatie gekregen over wat je kon (kan) verwachten als resultaat van je behandeling of begeleiding?
- Waardering van inspraakmogelijkheden:
 - Item 4: Kon (kun) je meebeslissen over de behandeling of begeleiding die je zou krijgen (krijgt)?
 - Item 5: Is er voor jou een behandel- of begeleidingsplan gemaakt?
 - Item 6: Heb je ingestemd met je behandel- of begeleidingsplan?
- Waardering van de hulpverlener:
 - Item 7: Vond (vind) je de hulpverlener voldoende deskundig (goed genoeg in zijn/haar vak)?
 - Item 8: Kon (kun) je de hulpverlener voldoende vertrouwen?
 - Item 9: Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor jou?
 - Item 10: Luisterde (luistert) de hulpverlener voldoende naar jou?
- Waardering van het resultaat:
 - Item 11: Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar jouw wens uitgevoerd?
 - Item 12: Vond (vind) je de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor jouw problemen of klachten?
 - Item 13: Heb je door de behandeling of begeleiding meer grip op je problemen of klachten gekregen?
 - Item 14: Ben je door de behandeling of begeleiding voldoende vooruit gegaan?
 - Item 15: Ben je door de behandeling of begeleiding beter in staat de dingen te doen die je wilt?
 - Item 16: Kun je door de behandeling of begeleiding beter omgaan met mensen of situaties waar je eerder moeite mee had?

- Item 17: Welk rapportcijfer zou je geven aan de totale behandeling of begeleiding?
- Item 20 Zou je een ander aanraden hulp te zoeken bij deze instelling?
- **Jeugdthermometer-12-**: item 1 t/m 19. De GGZ Jeugdthermometer is een instrument voor jongeren onder de 12 om de waardering van de geboden zorg te meten (in te vullen door de ouder(s) van cliënt) (n=53). De items overlappen gedeeltelijk met de Jeugdthermometer-12+.

Domeinen:

- Waardering van de informatievoorziening
- Waardering van inspraakmogelijkheden
- Waardering van de hulpverlener
- Waardering van het resultaat
- **OQ45-sd**: item 1 t/m 45. De 'Outcome Questionnaire' meet lichamelijke klachten en algemeen functioneren en kan gebruikt worden om behandelresultaten te meten. In de dataset is de subschaal Symptomatische Distress (SD) beschikbaar: 25 items die betrekking hebben op de meest voorkomende psychiatrische stoornissen zoals depressie, angst en alcohol/drugsverslaving (n_{intake}=973, n_{tussen}=823, n_{eind}=423).
- **SPsy-prob** (item 1 t/m 51). Het Screeningsinstrument Psychische Stoornissen bestaat uit de SDQ en additionele vragen gericht op eetstoornissen, zelfdestructief gedrag en psychotische kenmerken. In het geval van jongeren (12-18) worden tevens vragen gesteld over alcohol- en drugsgebruik. In de dataset zijn de 25 items van de subschaal Klachten en Symptomen beschikbaar (n_{intake}=1274, n_{tussen}=857, n_{eind}=567).
- **Vervolg-Hulp**. De fellow geeft op een 4-puntsschaal aan in hoeverre hij of zij het eens is met de uitspraak "Ik heb voldoende geleerd om na de hulp zelf verder te gaan" (n=185).