STEP II
Standaard Evaluatie Project
2000-2008

Reinier Timman

Omslag: R. Timman
Lay-out: R. Timman
Druk: Directprinting.nl

Aan Wim Trijsburg

Ten geleide

Deze uitgave is de afsluitende rapportage van acht jaar STEP II. Bij de start van STEP II was er sprake van de unieke situatie dat een aantal vergelijkbare afdelingen systematisch informatie verzamelden over de effecten van het behandelmodel dat wij klinische psychotherapie zijn gaan noemen, om dat met elkaar te vergelijken met als doel de verbetering van de kwaliteit van de geboden behandelingen. Ook werden er aarzelende stappen gezet in het omvormen van het effectonderzoek naar een meer wetenschappelijke standaard. Inmiddels is routine outcome monitoring gemeengoed aan het worden en zijn de eerste resultaten gepresenteerd van een groot wetenschappelijk onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van diverse behandeldoseringen, waaronder de (deeltijd)klinische psychotherapie. Nieuwe tijden vragen nieuwe plannen, vragen om afronding van het oude en bezinning op de toekomst. Binnenkort zal STEP III het licht zien: een *mean and lean* design dat snelle terugkoppeling mogelijk maakt zodat deelnemende instellingen een benchmark kunnen opzetten gericht op verbetering van de kwaliteit van hun behandelingen.

Deze afsluitende rapportage wordt gepresenteerd in dezelfde vorm waarin de afzonderlijke rapporten de afgelopen jaren zijn uitgebracht. Er is echter een principieel verschil. Bij de rapporten aan de instellingen worden de resultaten van de betrokken instelling afgezet tegen een benchmark. Bij dit eindrapport gaat het om de beschrijving van de benchmarken die gebruikt zijn om de betrokken instellingen tegen af te zetten en niet om vergelijkingen. Het is niet van belang om te constateren dat de

therapieduur bij de kortdurende klinische behandelingen significant korter is dan bij de langerdurende klinische behandelingen. Het is ook weinig zinvol te constateren dat de cliënten van jeugdbehandelingen jonger zijn. Voor de huidige presentatievorm is gekozen omwille van de beknoptheid en vooral vanwege de overzichtelijkheid van het rapport. In bepaalde gevallen kan het niettemin interessant zijn om op enkele punten een vergelijking te maken. Zo is bijvoorbeeld geconstateerd dat er bij de jeugdbehandelingen een relatief veel groter aantal vrouwelijke cliënten is dan bij de volwassenenbehandelingen. In dit rapport worden deze verschillen gepresenteerd zonder hypotheses over de oorzaken van die verschillen.
Dit rapport is als volgt samengesteld. Na de samenvatting, die men kan lezen om snel op de hoogte te raken van de belangrijkste resultaten, volgt een inleiding waarin onder andere de doelstellingen van het STEP-onderzoek worden beschreven. Vervolgens komen de opzet van het onderzoek (meetmomenten en vragenlijsten) en de statistische methoden aan bod. Deze paragrafen worden gevolgd door de resultatensectie en de conclusies. De statistische onderbouwing van de resultaten is in de Appendix 'Statistische Verantwoording' opgenomen.

R. Timman
A. Meerman

Maart 2009

Inhoud

Ten geleide 4
Inhoud 6
Samenvatting 8
Inleiding 11
  Doelstellingen STEP 12
Opzet van het onderzoek 13
  Meetmomenten 15
  De vragenlijsten 15
    SCL-90 15
    De EuroQol (EQ-5D) 16
    Vragenlijst over Zorggebruik, ... 17
    Ziekte en Werk (Tic-P) 17
    Thermometer Cliëntwaardering 18
  Data invoer 19
  Website 19
  Uitgebrachte rapporten 20
  Statistische methoden 21
Resultaten 23
  Onderzoeksgroepen 25
    Biografische kenmerken 28
  Therapieduur en afnametijdstippen 30
  SCL-90 Psychoneuroticisme 31
    Opnamescores 31
    Longitudinale analyse 31
  EuroQol - kwaliteit van leven 34
    Opnamescores 34
    Longitudinale analyse 34
  Thermometer cliënttevredenheid 37
  Kosten van zorggebruik 40
Conclusies en discussie 41

Referenties 45
Nawoord 47
Appendix - Statistische verantwoording.....51
Longitudinale analyses.....53
Analyses van opname- en ontslagmetingen 55
SCL-90 - Psychoneuroticisme 56
EuroQol Kwaliteit van leven 58
Uitvaller analyses 60

Samenvatting

In dit eindrapport over het Standaard Evaluatieproject Nieuwe Stijl (STEP II) in de periode 2000-2008 wordt onderscheiden tussen Kortdurende Klinische Psychotherapie (KKP) met een therapieduur korter dan 6 maanden, Langerdurende Klinische Psychotherapie (LKP), Deeltijd-Klinische Psychotherapie en Jeugd Klinische Psychotherapie.

De vergelijking gebeurt aan de hand van het beloop van klachten en symptomen (SCL-90), kwaliteit van leven (EuroQol-5D) en cliënttevredenheid (GGZ Thermometer voor waardering door cliënten 2003). Er wordt bescheiden gerapporteerd over de vragenlijst voor zorggebruik, ziekte en werk (TiC-P). De door de instellingen aangeleverde gegevens staan meer gedetailleerde analyses niet toe. In dit rapport worden de resultaten op langere termijn, tot twee jaar na het ontslag, beschreven.

Voor analyses waren 9443 bruikbare cases beschikbaar van 3791 cliënten. Van de KKP waren dit 2089 cases, van de LKP 4351 cases, van de Deeltijdbehandelingen 1743 cases en 1260 Jeugdcases. Er waren 3930 opname-invullingen, het responspercentage bij ontslag was 57%, bij de half jaar vervolgmeting was dat 37%, bij de één jaar vervolgmeting 29% en bij de twee jaar vervolgmeting 17%.

De belangrijkste bevindingen zijn:

1. De KKP behandelingen duurden gemiddeld 4,7 maanden, LKP behandelingen 10,1 maanden, Deeltijd behandelingen 10,2 maanden en de Jeugdbehandelingen 9,7 maanden.
2. De SCL-90 klachtenscores waren Bij opname hoger bij cliënten van de LKP en Jeugdbehandelingen dan van KKP en Deeltijdbehandelingen.

3. De afname in klachten was het grootst bij de KKP en Jeugdbehandelingen, wel was er sprake van enige remissie.
4. De afname in klachten bij de LKP en Deeltijdbehandelingen werd over langere tijd gehandhaafd.
5. De kwaliteit van leven zoals aangegeven op de EuroQol-5D was bij opname het laagst bij cliënten van LKP en Jeugdbehandelingen.
6. De toename in kwaliteit van leven tijdens de behandeling was het grootst bij de KKP en jeugdbehandelingen. Er was na deze behandelingen sprake van een geringe terugval.
7. De grootste winst in kwaliteit van leven werd bij de LKP en Deeltijdbehandelingen pas na het einde van de behandeling bereikt. Deze winst werd op langere termijn gehandhaafd.
8. Men was over het algemeen tevreden over de behandelingen. Dit gold in het bijzonder voor cliënten van KKP behandelingen en enigszins in mindere mate voor de cliënten van LKP behandelingen.
9. Door de KKP cliënten werd het hoogste rapportcijfer gegeven (8,3), gevolgd door cliënten van Jeugdbehandelingen (7,6) en door cliënten van LKP en Deeltijd-behandelingen (7,2).
10. De hoogste kosten van zorggebruik in de vier weken voorafgaand aan de behandeling werden gerapporteerd door cliënten van de Jeugdbehandelingen. Deze bedroegen gemiddeld meer dan € 1000. Deze kosten waren na de behandeling aanmerkelijk lager.

Inleiding

Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt steeds meer belang gehecht aan het vergelijken van de resultaten van instellingen. Dit vergelijken wordt "benchmarking" genoemd. Benchmarking vindt in het algemeen plaats ten behoeve van kwaliteitsverbetering, effectiviteitverhoging en kostenbeheersing. Benchmarking in de deeltijd- of klinisch psychotherapeutische setting kan er op den duur aan bijdragen dat betrokken instellingen met elkaar in gesprek komen met het doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de kosten ervan te beheersen.

De Stichting Klinische Psychotherapie (SKP) heeft een systeem ontwikkeld, het STandaard Evaluatie Project (STEP), om relevante informatie te verzamelen teneinde inzicht te verkrijgen in de kwaliteit, effectiviteit en kosten van psychotherapie. Het verzamelen van data op langere termijn is daarbij van belang, omdat effecten van een behandeling verder reiken dan de periode van behandeling alleen en informatie over lange termijn effecten nodig is voor de beoordeling van kwaliteit en doelmatigheid van Deeltijd of klinisch psychotherapeutische zorg.

De SKP bestaat sinds maart 1999 en is een gezamenlijk initiatief van de Vereniging van Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen (VWPG), Stichting Wetenschappelijk Onderzoek voor Psychotherapeutische Gemeenschappen (SWOPG) en de Werkgroep Klinische Psychotherapie van de toenmalige Nederlandse Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg (NVGGz). De beide verenigingen (VWPG en SWOPG) zijn opgegaan in de SKP, zodat beter kon worden voldaan aan de eisen van een kwalitatief hoogwaardige psychotherapeutische zorg, onder andere door middel van systematisch onderzoek. Op deze wijze kunnen ook de belangen van de psychotherapie beter worden behartigd.

Doelstellingen STEP

De hoofddoelstelling is het vergelijken van Deeltijd of klinisch psychotherapeutische behandelingen ten behoeve van beleidsontwikkeling met betrekking tot de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.
Hieruit voortvloeiende doelstellingen die op langere termijn worden nagestreefd zijn:

- Verbeteren van de mogelijkheden voor het vergelijken van behandelingen;
- Ontwikkelen van kwaliteitsonderzoek;
- Ontwikkelen van kwaliteitssysteem (-systemen);
- Programma evaluatie onderzoek;
- Wetenschappelijk onderzoek (bijvoorbeeld multi-center effectonderzoek en kosten-effectiviteitonderzoek).

Uitgangspunt van de dataverzameling is het volgens een vast formaat bijeenbrengen op een centraal punt van gegevens met betrekking tot het psychisch welbevinden, het zorggebruik, arbeidsproductiviteit en de in-, door- en uitstroom van cliënten, inclusief vervolgmeting.

Opzet van het onderzoek

Meetmomenten

De behandeling wordt geëvalueerd aan de hand van een opname- en een ontslagmeting, gevolgd door vervolgmetingen. Als meetmomenten worden aangehouden: opname, ontslag, 6 maanden na ontslag, 1 jaar na ontslag en 2 jaar na ontslag. De Zorggegevensset GGzN wordt bij opname en ontslag vastgelegd, een gedeelte daarvan wordt voor STEP gebruikt.

De vragenlijsten

SCL-90

De SCL-90 is een zelfbeoordelingsschaal die lichamelijke en psychische klachten meet. De vragenlijst bestaat uit 90 omschrijvingen van klachten, door de onderzochte te beoordelen naar de mate waarin hij/zij daar in de afgelopen week last van heeft gehad. De totaalscore op de SCL-90 duidt het algehele niveau van psychisch en lichamelijk disfunctioneren aan (psychoneuroticisme). De SCL-90 kan gebruikt worden bij de diagnostiek, bij onderzoek naar de effecten van therapie en bij bevolkingsonderzoek. Het invullen vergt ongeveer 30 minuten.

De EuroQol (EQ-5D)

Bij economische evaluaties staat het vergelijken van kosten van verschillende interventies in relatie tot hun effecten centraal. Wil men een dergelijke vergelijking maken dan moeten de effecten van verschillende interventies uitgedrukt worden in één en dezelfde uitkomstmaat. De vragenlijst bevat 5 vragen: over mobiliteit, zelfverzorging, dagelijkse activiteiten, pijn en stemming. Elke vraag heeft 3 antwoordmogelijkheden: geen problemen, matige problemen en veel problemen. Met behulp van de vragen kunnen 243 gezondheidstoestanden worden gedefinieerd, die door een algemeen publiek zijn beoordeeld. Hierdoor is de maatschappelijke waarde van elk van de gezondheidstoestanden bekend. Het kleine aantal vragen maakt dat de vragenlijst eenvoudig kan worden ingezet in cliëntgebonden onderzoek. Uit de 5 vragen kan een gewogen totaalscore berekend worden. De EuroQol kan in ongeveer 5 minuten worden ingevuld.

Vragenlijst over Zorggebruik,

Ziekte en Werk (Tic-P)

De geestelijke gezondheidszorg heeft een belangrijk aandeel in de totale kosten van de gezondheidszorg. De hoge kosten worden onder andere veroorzaakt door een hoge prevalentie en incidentie, een chronisch verloop van veel aandoeningen en door onderdiagnose. Op basis van studies naar de kosten van ziekten is berekend dat psychische aandoeningen in Nederland per jaar meer dan 3 miljard euro kosten. Deze berekening heeft betrekking op de kosten binnen de gezondheidszorg. Indirecte kosten tengevolge van ziekte, waaronder bijvoorbeeld kosten door productiviteitsverliezen zijn hierin niet verdisconteerd. Vanuit buitenlandse studies is echter bekend dat het aandeel van deze kostencomponent in de totale kosten groot is. Dit wordt veroorzaakt doordat psychische ziekten vaak voorkomen bij personen jonger dan 65 jaar en een deel van de cliënten als gevolg van hun ziekte voor langere tijd geheel of gedeeltelijk niet kan deelnemen aan het arbeidsproces. De omvang van de kosten en onzekerheid over de doelmatigheid van de huidige behandelingen heeft ertoe geleid dat onderzoek naar doelmatigheid binnen de geestelijke gezondheidszorg momenteel in de belangstelling staat. De vragenlijst richt zich op de bepaling van de kosten binnen de gezondheidszorg, het meten van zorgconsumptie bij respondenten met psychische aandoeningen en van de kosten als gevolg van productiviteitsverliezen, de zogenaamde indirecte kosten.

Thermometer Cliëntwaardering

De GGZ Thermometer Cliëntwaardering is een instrument waarmee instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg kunnen onderzoeken hoe cliënten de geboden zorg waarderen.
In de Thermometer zijn 16 vragen verdeeld over de volgende vier thema's:

- waardering over de verstrekte informatie (drie items)
- waardering over de mogelijkheid van inspraak (drie items)
- waardering van de hulpverlener (vier items)
- waardering over het resultaat van de zorg (zes items)

De vragen hebben twee antwoordmogelijkheden: ja en nee. Een hoog percentage 'ja' betekent een goede zorg, een hoog percentage 'nee' dat de zorg kan worden verbeterd. Vraag zeventien betreft een algeheel rapportcijfer voor de verkregen zorg, gemeten op een schaal van 1 tot 10. Tenslotte zijn er twee open vragen over de zorg.

Vanaf 2003 wordt in het STEP-onderzoek een nieuwe versie van de Thermometer gebruikt. In de rapportage zijn gegevens van de oude versie in overeenstemming gebracht met de huidige versie van de Thermometer.

De Thermometer geeft een indicatie van de waardering over de ontvangen zorg, zonder daarbij precieze oorzaken (of oplossingen) aan te geven. Het gaat om een globaal beeld van de zwakke en sterke onderdelen van het zorgproces. Het is daarom belangrijk de uitkomsten te bespreken met hulpverleners en cliënten, om zo de oorzaak van een eventuele lage waardering te achterhalen en na te gaan op welke punten de zorg verbetering behoeft.

Data invoer

Kort na het begin van STEP zijn er verscheidene invoerbestanden ontwikkeld waarin de betrokken instellingen de door hen verzamelde vragenlijsten konden invoeren. Dit betrof een invoerbestand voor MS-Excel, voor SPSS Data Entry for Windows en voor SPSS Data Entry for DOS. Ook werd de mogelijkheid geboden de vragenlijsten door Erasmus MC in te laten voeren.

Website

In 2003 is de STEP website geopend. Op deze site is alle mogelijke informatie voor deelnemers gepubliceerd en konden documenten worden gedownload. Dit betrof vragenlijsten indien deze voor het onderzoek vrij van licentierechten waren, zoals de EuroQol 5D, de Thermometer cliënttevredenheid en de Vragenlijst voor Gezondheid Ziekte en Werk (TiC-P). Ook konden alle up-to date data-invoerbestanden opgehaald worden.

Uitgebrachte rapporten

Bij de invoering van STEP II is ervoor gekozen andere vragenlijsten te gebruiken dan in STEP oude stijl. Het heeft enige tijd geduurd voordat er voldoende data beschikbaar waren om rapporten uit te brengen. Daarbij werd het principe gehanteerd dat een rapport aan een instelling of afdeling van een instelling werd uitgebracht als er voldoende bruikbare gegevens werden aangeleverd. In 2002 zijn zes rapporten uitgebracht, 2003 drie rapporten, in 2004 vijf rapporten, in 2005 zes rapporten, in 2006 tien rapporten, in 2007 drie rapporten en in 2008 zijn tien rapporten uitgebracht.

Statistische methoden

Voor de rapportages werden verschillen in het tijdsbeloop van scores op de SCL-90 en EuroQol geanalyseerd met behulp van de SAS module PROC MIXED.[1] Deze methode is aangewezen voor longitudinaal onderzoek met ontbrekende waarnemingen. De methode wordt in meer detail beschreven in de Appendix. De overige analyses zijn uitgevoerd in SPSS, versie 16.0. Verschillen tussen de betrokken instelling en de benchmark zonder tijdsbeloop werden geanalyseerd met one-way ANOVA en met Fisher's exact testen voor dichotome gegevens, indien geen afdelingen of ontslagcohorten werden onderscheiden. Indien wel afdelingen binnen de instelling of ontslagcohorten werden onderscheiden werd gebruik gemaakt van kruistabellen waarbij de aangepaste gestandaardiseerde residuen als z-scores werden beoordeeld. Opname-ontslagverschillen en uitvaller analyses zijn verricht door middel van t-testen voor onafhankelijke groepen.

Resultaten

Onderzoeksgroepen

Oorspronkelijk is het STEP opgezet voor de benchmarking van klinische psychotherapie. Aangezien echter bij een aantal deelnemers de wens bestond om ook hun Deeltijdbehandelingen te benchmarken, is ook een Deeltijd benchmark aan het STEP toegevoegd. In eerste instantie was deze onderverdeeld in 2-3 daagse behandelingen en 4-5 daagse behandelingen, maar omdat slechts één instelling een 2-3 daagse behandeling kende, zijn deze twee benchmarken samengevoegd tot een benchmark Deeltijd behandelingen. Voorts zijn de klinische behandelingen onderverdeeld in kortdurende klinische psychotherapie, langerdurende psychotherapie en Jeugdbehandelingen. resumerend zijn er de volgende benchmarken:

1. Kort klinische behandelingen, klinische behandelingen korter dan 6 maanden
2. Lang klinische behandelingen, klinische behandelingen langer dan 6 maanden
3. Deeltijdbehandelingen
4. Klinische Jeugdbehandelingen

In elk rapport werd de betrokken afdeling, of werden de betrokken afdelingen afgezet tegen de andere behandelingen in betreffende groep, die daarmee als benchmark fungeerde. In de rapporten werden de deelnemers in die benchmark met name genoemd en ook hoeveel data er op ieder tijdstip door deze instellingen waren bijgedragen. Er werd niet over de individuele resultaten van deze andere instellingen gerapporteerd. De rapporten werden in vertrouwen uitgebracht, waarbij de betrokken instellingen zelf mochten bepalen of zij de resultaten openbaar wilden maken. In de regel kregen de betrokken instellingen geen inzage in de individuele resultaten van andere instellingen. Uitzonderingen hierop

deden zich voor als er slechts 2 deelnemers in een bepaalde groep waren. In dat geval bestond de benchmark uit één andere deelnemer en werden de resultaten van deze deelnemer logischerwijze bekend bij de instelling aan wie het rapport werd uitgebracht. In deze gevallen werd aan beide deelnemers een schriftelijke verklaring gevraagd waarin gesteld was dat de betrokken instelling zich ervan bewust was dat hun resultaten bij een andere instelling bekend werden en dat zij daar toestemming voor verleenden.

In het totaal zijn meer dan 12.900 meetmomenten verzameld. Door ontbrekende waarden, of het niet aanwezig zijn van een opnamemetingen konden niet alle waarnemingen voor de analyses gebruikt worden. Ook waren er instellingen die een zo gering aantal vervolgmetingen gedaan hadden dat de data van deze instellingen niet geschikt waren om rapporten over uit te brengen, en daarbij ook niet geschikt waren om als benchmark te dienen. Hierdoor waren er 9443 meetmomenten geschikt voor de analyses. De aantallen geschikte waarnemingen per instelling zijn in Tabel 1 weergegeven.

Tabel 1. *Aantallen cliënten per* benchmark*, afdeling en meetmoment.*

	opname	ontslag	½ jaar	1 jaar	2 jaar	Totaal
KKP						
Altrecht - Brinkveld KKP	141	114	64	53	35	**407**
De Viersprong	409	338	262	219	154	**1382**
Overwaal	178	68	36	18		**300**
Subtotaal	*728*	*520*	*362*	*290*	*189*	***2089***
LKP						
Mentrum - Avond	77	32	3	11	2	**125**
Rivierduinen CSP	268	97	96	76	33	**570**
De Viersprong - kliniek	261	197	138	119	74	**789**
GGZ-E	97	6	5			**108**
Gelderse Roos - kliniek	367	279	131	73	33	**883**
Symfora - Zwaluw	191	108	87	65	49	**500**
Spatie	252	122	44	32	17	**467**
Altrecht-Eikenboom	104	58	43	45	29	**279**
Altrecht-Brinkveld Kliniek	106	47	13	6		**172**
Mediant - de Wieke	117	54	36	36	19	**262**
CSB Friesland	76	46	34	27	13	**196**
Subtotaal	*1916*	*1046*	*630*	*490*	*269*	***4351***
Deeltijd						
Spatie	88	33	17	10	5	**153**
Mentrum	161	53	14	14	1	**243**
Symfora - Enk	232	116	103	81	61	**593**
Gelderse Roos 3-5 daags	187	129	78	57	20	**471**
CSB Friesland	138	58	45	30	12	**283**
Subtotaal	*806*	*389*	*257*	*192*	*99*	***1743***
Jeugd						
De Viersprong - Jeugd	343	228	154	136	92	**953**
Triversum	137	72	47	31	20	**307**
Subtotaal	*480*	*300*	*201*	*167*	*112*	***1260***
Totaal	**3930**	**2255**	**1450**	**1139**	**669**	**9443**

Biografische kenmerken

Cliënten van de KKP waren gemiddeld 36,1 jaar oud, cliënten van de Deeltijd behandelingen waren gemiddeld 31,3 jaar. Cliënten van LKP behandelingen waren gemiddeld 28,8 jaar. Cliënten van de Jeugdbehandelingen waren uiteraard het jongst, 17,0 jaar. Bij de KKP behandelingen waren relatief het meeste mannen, bij de Jeugdbehandelingen waren relatief het meeste meisjes. De verschillen in opleiding en burgerlijke staat worden grotendeels door de leeftijdverschillen veroorzaakt.

Tabel 2. *Biografische kenmerken*

	KKP	LKP	Deeltijd	Jeugd
Leeftijd [1)]	36,1	28,8	31,3	17,0
Geslacht				
Man	37%	30%	29%	19%
Vrouw	63%	70%	71%	81%
Opleiding				
Lager/basis	2%	6%	2%	42%
Lager beroeps	6%	6%	5%	4%
Middelbaar	10%	15%	12%	26%
Middelbaar beroeps	20%	22%	22%	4%
HAVO/VWO	21%	25%	29%	15%
HBO	26%	14%	20%	1%
WO	12%	8%	7%	0%
Burgerlijke staat				
Ongehuwd	64%	85%	69%	99%
Gehuwd	24%	10%	21%	0%
Gescheiden	11%	5%	10%	0%
Weduwe/naar	1%	0%	0%	0%

[1)] alle $p < 0{,}001$

Therapieduur en afnametijdstippen

De gemiddelde behandelduur bij de KKP bedraagt 4,7 maanden. Bij de LKP is de gemiddelde behandelduur 10,1 maand, bij de Deeltijd 10,2 en bij de Jeugd 9,7 maand. Zie Tabel 3.

Tabel 3. *Gemiddelde therapieduur en gemiddelde afnametijdstippen in maanden.*

	ontslag	½-jaar vervolg-meting	1-jaar vervolg-meting	2-jaar vervolg-meting
KKP [1)]	4,7	11,8	17,0	28,7
LKP	10,1	17,4	23,5	35,7
Deeltijd	10,2	16,8	22,4	35,5
Jeugd	9,7	16,5	22,6	33,8

[1)] verschil KKP met LKP, Deeltijd en Jeugd alle $p < 0{,}001$

SCL-90 Psychoneuroticisme

Opnamescores

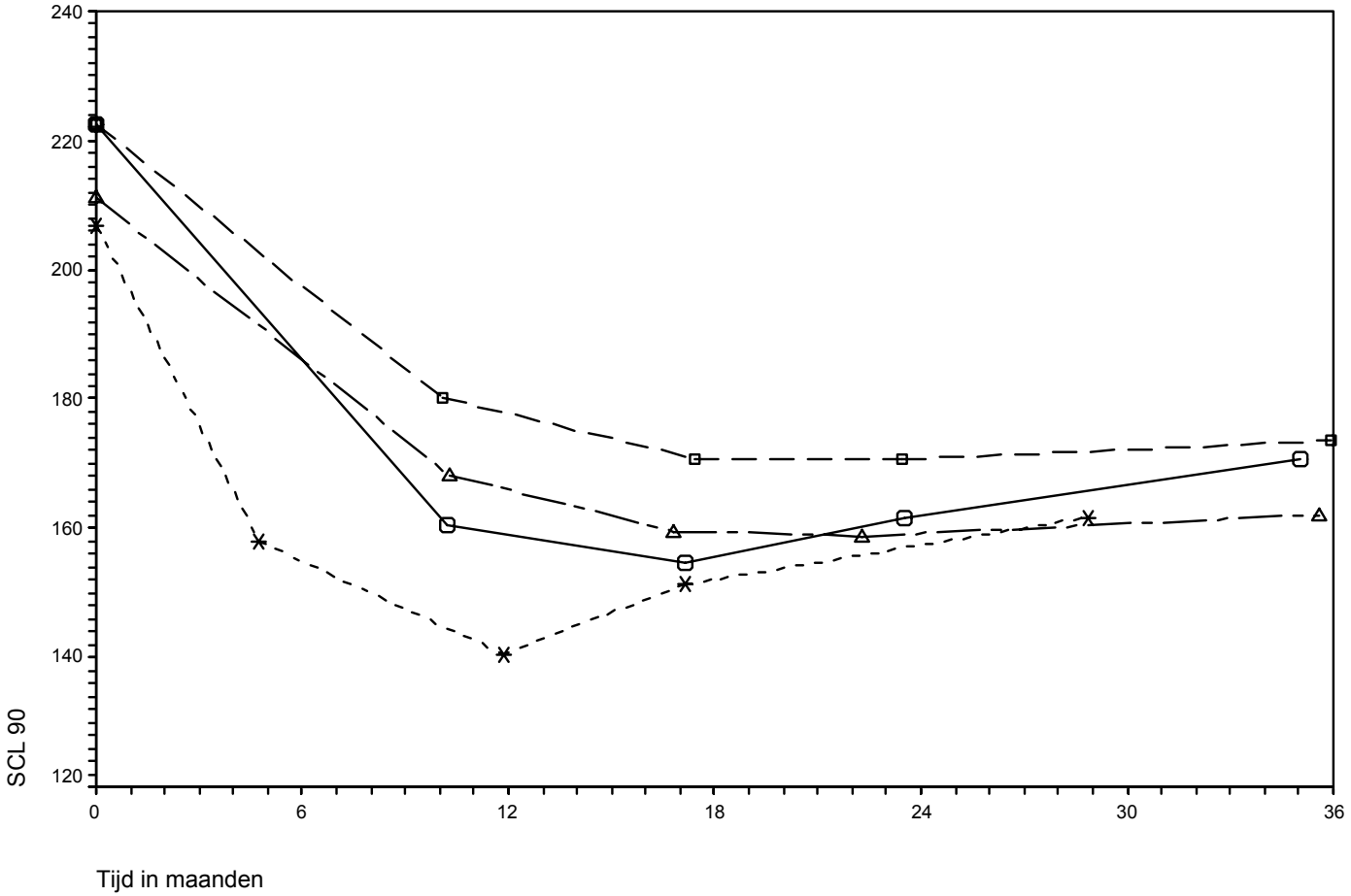
Bij opname zijn de scores op de SCL-90 significant lager bij de KKP en Deeltijdbehandelingen dan bij de LKP en Jeugd (p = < 0,05). Zie Tabel 4.

Tabel 4. *SCL-90 opnamescores*

	gemiddelde opname score	*SD*	95% betrouwbaarheids-interval	
			onder	boven
KKP	215	53	211	219
LKP	224	59	221	226
Deeltijd	214	53	210	217
Jeugd	224	65	218	230

Longitudinale analyse

In Figuur 1 zijn de mixed modelwaarden voor de SCL-90 gemiddelden op de verschillende tijdstippen grafisch weergegeven. Voor de modelparameters wordt verwezen naar de Appendix (Tabel 11). Uit de grafiek is ook af te lezen dat de scores bij opname hoger zijn voor de KKP en Deeltijd behandelingen. De KKP behandelingen zijn korter en hebben een grotere daling van de klachten. Op langere termijn is echter sprake van terugval, de klachten nemen weer toe. Bij de Jeugdbehandelingen geldt ook enige terugval, bij de LKP en Deeltijd behandelingen blijft de lagere score redelijk gehandhaafd.



Figuur 1. *SCL-90 mixed model*

In termen van effectgrootte (Cohens *d*)[2] kan de afname van klachten op de SCL-90 voor de Jeugdbehandelingen als groot tot zeer groot worden gewaardeerd. Voor KKP, LKP en Deeltijdbehandelingen is de afname in SCL-90 scores groot (Tabel 5).

Tabel 5. SCL-90 *Opnamemodelscores en verschilscores per meetmoment (met effectgroottes)*

	opname	verschilscores			
		ontslag	vervolgmeting ½-jaar	vervolgmeting 1-jaar	vervolgmeting 2-jaar
KKP	207	-49 (-0.85)	-66 (-1.14)	-56 (-0.97)	-45 (-0.78)
LKP	223	-43 (-0.74)	-52 (-0.90)	-52 (-0.90)	-49 (-0.85)
Deeltijd	211	-43 (-0.74)	-51 (-0.88)	-52 (-0.90)	-49 (-0.85)
Jeugd	223	-63 (-1.09)	-68 (-1.17)	-61 (-1.05)	-52 (-0.90)

EuroQol - kwaliteit van leven

Opnamescores

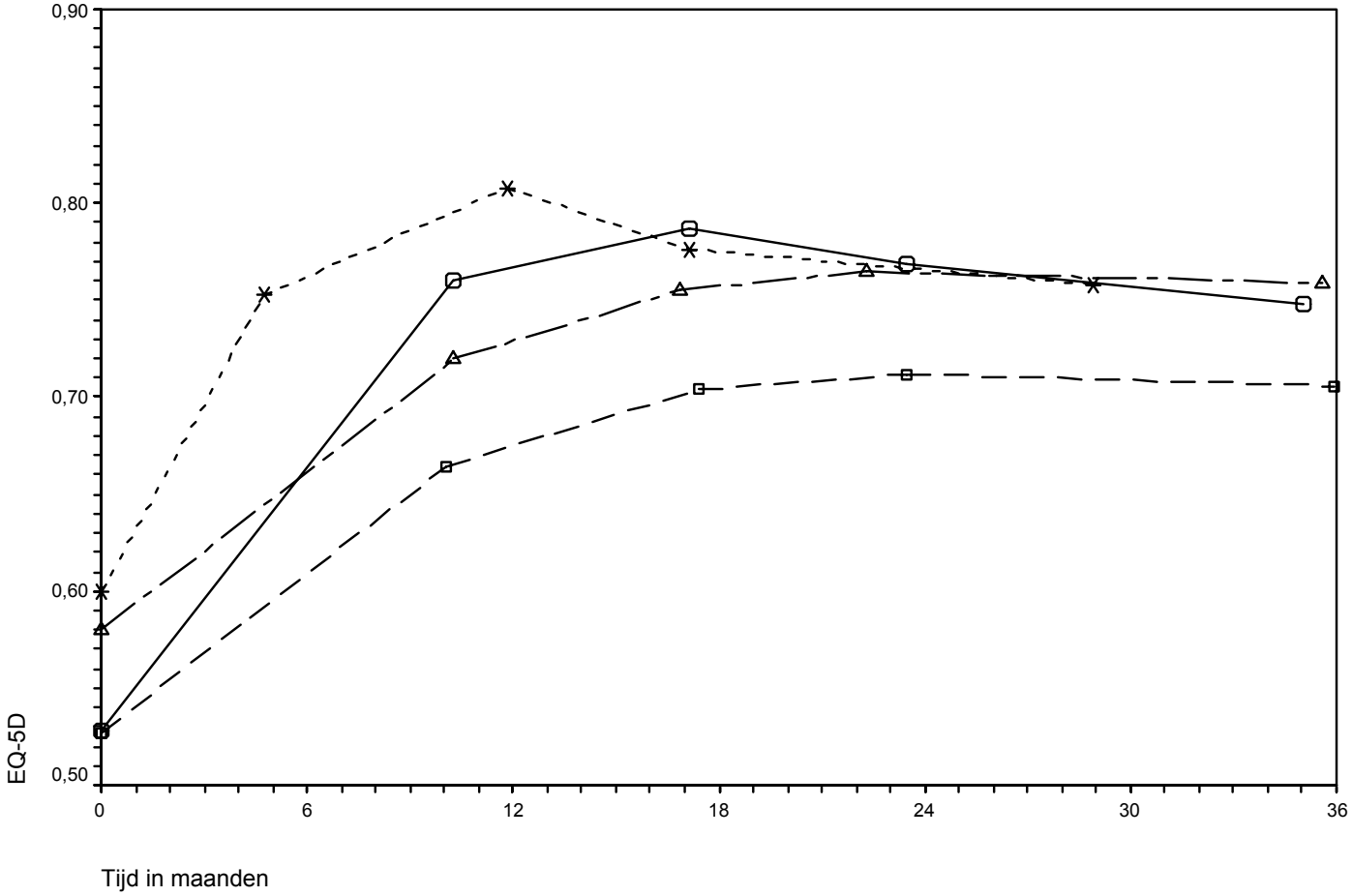
De kwaliteit van leven zoals aangegeven op de EuroQol 5D is bij opname significant hoger bij de KKP en Deeltijd dan bij de LKP en Jeugd ($p < 0,05$) Zie Tabel 6.

Tabel 6. *EuroQol opnamescores*

	gemiddelde opname score	*SD*	95% betrouwbaarheids-interval	
			onder	boven
KKP	.57	.25	.55	.59
LKP	.53	.27	.51	.54
Deeltijd	.58	.26	.56	.60
Jeugd	.53	.28	.50	.55

Longitudinale analyse

Tabel 12 in de Appendix beschrijft het gevonden model voor de EuroQol; Figuur 2 geeft hiervan een grafische weergave. Bij opname hebben de cliënten van de LKP en Jeugdbehandelingen de laagste kwaliteit van leven scores. Bij de Jeugdbehandelingen is de winst het grootst, waarna er op langere termijn enige terugval is waar te nemen. De winst in kwaliteit van leven treed bij de LKP en Deeltijdbehandelingen geleidelijker op en blijft op langere termijn behouden.


0,90
0,80
0,70
0,60
0,50
EQ-5D
0
6
12
18
24
30
36
Tijd in maanden
KKP
LKP
Deeltijd
Jeugd

Figuur 2. *EuroQol mixed model*

In termen van effectgrootte wordt de toename in kwaliteit van leven voor de Jeugdbehandelingen als groot worden aangemerkt. Voor de andere behandelingen is de toename middelgroot tot groot. (Tabel 7).

Tabel 7. *EQ-5D Opnamemodelscores en verschilscores per meetmoment (met effectgroottes)*

	opname	verschilscores							
		ontslag		vervolgmeting ½-jaar		vervolgmeting 1-jaar		vervolgmeting 2-jaar	
KKP	0.60	0.15	(0.56)	0.21	(0.78)	0.18	(0.67)	0.16	(0.60)
LKP	0.53	0.13	(0.49)	0.17	(0.63)	0.18	(0.67)	0.18	(0.67)
Deeltijd	0.58	0.14	(0.52)	0.18	(0.67)	0.18	(0.67)	0.18	(0.67)
Jeugd	0.53	0.23	(0.86)	0.26	(0.97)	0.24	(0.90)	0.22	(0.82)

Thermometer cliënttevredenheid

Bij de nieuwste versie van de Thermometer Cliëntwaardering kan men op 16 vragen aangeven of men over een bepaald aspect van de behandeling tevreden is of niet. Deze vragen zijn ondergebracht in vier subschalen. Daarnaast kan men een rapportcijfer (1-10) geven aan de totale behandeling. In Tabel 8 zijn de gemiddelde percentages weergegeven van het aantal keren dat "ja" (tevreden) is geantwoord op de vragen van de subschalen. Daarbij is gecorrigeerd voor niet ingevulde vragen en zijn de gegevens van de versie van de Thermometer die vòòr 2003 werd gebruikt in overeenstemming gebracht met de nieuwe versie. De gegevens in Tabel 8 hebben betrekking op alle cliënten waarvoor ontslaggegevens beschikbaar zijn (ook de cliënten waarvoor opnamegegevens ontbreken). Cliënten van KKP gaven significant vaker aan meer tevreden te zijn over de geboden informatie, de

Tabel 8. *Cliënttevredenheid – subschalen met gemiddeld percentage ja en rapportcijfers.*

Instelling	KKP	LKP	Deeltijd	Jeugd	Totaal
Informatie [1)]	89	78	79	80	81
Inspraak [2)]	93	91	85	90	90
Hulpverlener [3)]	98	92	94	94	94
Resultaat [4)]	94	79	82	87	84
Rapportcijfer [5)]	8,3	7,2	7,2	7,6	7,5

[1)] KKP meer tevreden t.o.v. de andere groepen ($p < 0,001$)
[2)] Deeltijd minder tevreden dan andere groepen ($p < 0,05$)
[3)] KKP meer tevreden dan andere groepen ($p < 0,05$)
[4)] KKP meer tevreden dan andere groepen ($p < 0,05$); Jeugd meer tevreden dan LKP ($p < 0,001$)
[5)]KKP meer tevreden dan Jeugd ($p < 0,001$); Jeugd meer tevreden dan LKP en Deeltijd ($p < 0,001$)

hulpverlener en het resultaat van de behandeling. Cliënten van Deeltijd behandelingen gaven minder vaak aan tevreden te zijn over de mogelijkheden tot inspraak in de behandeling.

In Tabel 9 zijn de gemiddelde percentages "ja" voor de afzonderlijke vragen van de Thermometer Cliëntwaardering opgenomen. Analyse van deze percentages laat zien dat cliënten KKP over het algemeen meer tevreden waren. De cliënten van de LKP waren significant minder vaak tevreden.

Tabel 9. *Cliënttevredenheid afzonderlijke vragen - % tevreden.*

		KKP	LKP	Deeltijd	Jeugd	Totaal
1.	info mogelijkheden?	93*** (+)	88	88	89	89
2.	info aanpak?	92*** (+)	81* (-)	78** (-)	80	83
3.	info resultaat?	83*** (+)	64	67	70	70
4.	meebeslissen?	87	86	84	90	86
5.	plan gemaakt?	94	95** (+)	86*** (-)	94	93
6.	ingestemd met plan?	97*** (+)	95*** (+)	88*** (-)	87*** (-)	93
7.	deskundig?	99*** (+)	94*** (-)	94	96	96
8.	vertrouwen?	98*** (+)	88*** (-)	94	91	92
9.	respectvol?	99*** (+)	95** (-)	95	97	96
10.	open opstelling?	98*** (+)	90*** (-)	93	93	93
11.	naar wens uitgevoerd?	94*** (+)	80*** (-)	79*** (-)	86	84
12.	goede aanpak?	95*** (+)	76*** (-)	82	86	83
13.	meer greep?	96*** (+)	86*** (-)	90	91	90
14.	vooruit gegaan?	87*** (+)	70*** (-)	74	85	77
15.	beter in staat?	94*** (+)	78*** (-)	83	87	84
16.	beter omgaan?	95*** (+)	83*** (-)	84	91* (+)	87

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ (+) hoger, (-) lager dan gemiddeld.

Kosten van zorggebruik

Voor de rapportage over een mogelijke afname van kosten van zorggebruik zijn niet voldoende vervolgwaarnemingen beschikbaar. Dit wordt enerzijds veroorzaakt doordat de vragenlijst voor zorggebruik ziekte en werk niet bij ontslag wordt afgenomen. Anderzijds hadden vermoedelijk veel cliënten moeite met het volledig beantwoorden van de vragen. Alleen over de kosten van dokter- en ziekenhuisbezoek voorafgaand aan de opname kan gerapporteerd worden (Tabel 10). Deze kosten van dokter- en ziekenhuisbezoek bij cliënten van Jeugdbehandelingen waren significant (p < 0.001) hoger dan van andere behandelingen. De verdeling van dit zorggebruik zijn zeer scheef. Bij 40,9% van de Jeugdcliënten was dit minder dan € 100. Bij 9,1% van de Jeugdcliënten was dit meer dan € 5000. Geëxtrapoleerd is dat meer dan € 60.000 per jaar. Een tentatieve analyse op een groep van 13 Jeugdcliënten die de vragenlijst bij opname en enige vervolgmeting hebben ingevuld liet een daling van gemiddeld € 1690 naar € 117 zien (p < 0,05).

Tabel 10. *Kosten van dokter- en ziekenhuisbezoek in de vier weken voorafgaand aan de opname*

	Gemiddeld	SD	*N*
KKP	€ 240	908	118
LKP	€ 253	1045	291
Deeltijd	€ 79	594	164
Jeugd	€ 1138	2015	88
Totaal	€ 325	1164	661

Conclusies en discussie

Conclusie en discussie

De gemiddelde behandelduur bij KKP is met gemiddeld minder dan 5 maanden korter dan bij de LKP, Deeltijdbehandelingen en Jeugdbehandelingen, die gemiddeld ongeveer 10 maanden duren. Cliënten van LKP en Jeugd behandelingen rapporteren bij opname significant meer klachten op de SCL-90 dan de cliënten van de KKP en Deeltijdbehandelingen. Bij alle behandelingen is er tijdens de behandeling een grote afname van de klachten. Deze is het grootst bij de Jeugdbehandelingen en wordt het snelst bij de KKP behandelingen bereikt. Bij de LKP en Deeltijdbehandelingen werd de grootste afname in klachten bij de eerste vervolgmeting -na een half jaar- bereikt en bleef daarna constant. Bij de Jeugd en KKP behandelingen werd er op langere termijn weer een toename van klachten waargenomen.

De resultaten van de EuroQol laten een analoog beeld zien. De kwaliteit van leven scores waren bij opname hoger voor de KKP en Deeltijd. De grootste winst in kwaliteit van leven werd door cliënten van Jeugdbehandelingen aangegeven. Bij de Jeugd en KKP behandelingen viel op langere termijn de gestegen kwaliteit van leven enigszins terug. Bij de Deeltijd en LKP behandelingen bleef de winst gehandhaafd.

Over het algemeen waren de cliënten tevreden over de behandelingen. Dit gold in bijzondere mate voor cliënten van KKP behandelingen en in wat mindere mate voor cliënten van LKP behandelingen. Gemiddeld werd door cliënten van KKP behandelingen het hoogste rapportcijfer gegeven (8,3), en door cliënten van Deeltijd en LKP behandelingen het laagste cijfer (7,2). De

Jeugdbehandelingen namen hier een middenpositie in (7,6).
Over de kosten van bezoek aan gezondheidsbehandelaren en instellingen waren relatief weinig gegevens beschikbaar. Deze kosten waren in de vier weken voorafgaand aan de behandeling aanmerkelijk hoger voor cliënten van de Jeugdbehandelingen. Er zijn aanwijzingen dat deze kosten door de behandelingen aanmerkelijk zijn gereduceerd.

Referenties

1. Verbeke, G., & Molenberghs, G. (1997) *Linear mixed models in practice - A SAS oriented approach*. New York: Springer.
2. Cohen, J. (1969) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
3. Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2003). *SCL-90 - Herziene handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse - The Netherlands: Swets Publishers.

Nawoord

Nawoord

STEP II is in 2000 van start gegaan teneinde een beter antwoord te kunnen geven op de toenemende vraag naar legitimering van de resultaten van klinische en deeltijdklinische psychotherapeutische behandelingen. Vanuit de wens tot meer wetenschappelijke onderbouwing werd destijds contact gezocht met de afdeling Medische Psychologie en Psychotherapie van de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Prof. Dr. Wim Trijsburg heeft in zijn hoedanigheid als adviseur van de Stichting Klinische Psychotherapie (SKP) een belangrijke bijdrage geleverd aan de totstandkoming en het design van STEP II. Zijn overlijden in het voorjaar van 2007 heeft het project een zware slag toegebracht. Dat is niet alleen tot uitdrukking gekomen in het aantal rapporten dat in dat jaar is verschenen, ook de in bespreking zijnde overgang van STEP II naar een modernere, deels gedigitaliseerde STEP III heeft mede daardoor grote vertraging opgelopen.

De voortschrijdende technische mogelijkheden voor de verwerking van vragenlijsten en de toegenomen inzichten in de werkzame factoren van de (deeltijd-) klinische psychotherapie maken het wenselijk en mogelijk dat het design van STEP II een facelift ondergaat. Nadat het STEP-onderzoek jarenlang als enige in Nederland systematisch de effecten van de behandeling onderzocht en de mogelijkheid tot benchmarken bood aan de deelnemende instellingen, is het huidige beeld dat inmiddels bijna iedere instelling voor GGZ een eigen vorm van routine outcome monitoring heeft gerealiseerd. Vaak gekoppeld aan het lokale elektronisch patiënten dossier. Het design voor STEP III zal met deze ontwikkelingen rekening moeten houden, zowel ten

aanzien van de meetmomenten als ten aanzien van de gekozen vragenlijsten, om de patiëntenbelasting van het invullen aanvaardbaar te houden.

Het blijft de ambitie van de SKP en het STEP, in welke variant dan ook, om aan de deelnemende instellingen een platform te bieden voor proces- en effectonderzoek en aan te moedigen tot benchmarken, zodat de uitkomsten gebruikt kunnen worden voor het verbeteren van de kwaliteit van de (deeltijd-) klinische psychotherapie in Nederland. Het is bijzonder jammer dat de ontwikkeling zonder de stuwende kracht van Wim Trijsburg zal moeten plaatsvinden.

Reinier Timman

Rotterdam,
Maart 2009

Appendix - Statistische verantwoording

Longitudinale analyses

Verschillen in tijdsbeloop zijn met betrekking tot de variabelen SCL-90 en EuroQol geanalyseerd met de module PROC MIXED in SAS versie 9.1.[1] Deze methode is gebaseerd op regressieanalyse; met de resulterende regressiegewichten kan het beloop over de tijd van een continue variabele, bijvoorbeeld SCL-90 scores, inzichtelijk gemaakt worden. In het uiteindelijke model wordt daarbij alleen van significante effecten gebruik gemaakt. Het verschil met klassieke regressie is dat waarnemingen gegroepeerd kunnen worden en daarmee tot individuen kunnen worden herleid. Ook kan een variabele worden toegevoegd waarmee de afstand van deze waarnemingen binnen een individu kan worden weergegeven. Deze variabele kan als tijdsvariabele worden gehanteerd. Dit maakt de methode geschikt voor longitudinale analyses, omdat de tijdsperiode tussen individuen kan verschillen. Daarnaast kunnen variabelen als random variabelen gedefinieerd worden. Dit is nodig als individuen, of groepen individuen, een zelfde patroon in de tijd volgen, maar in een ander tempo. Deze analysemethode staat de aanwezigheid toe van ontbrekende meetmomenten van cliënten.

De procedure houdt in dat eerst de covariantiestructuur wordt bepaald. Hiermee wordt bepaald of intercept en tijd als random parameters in het model opgenomen dienen te worden. Daartoe wordt een model opgesteld met een verzadigd gefixeerd gedeelte, waarin alle relevante onafhankelijke variabelen met hun interacties zijn opgenomen, en een zo groot mogelijk random gedeelte met een ongestructureerde covariantie matrix. Vervolgens wordt het random gedeelte stap voor stap vereenvoudigd zonder dat een significant informatieverlies optreedt. Dit

verlies wordt geschat met de 'restricted maximum likelihood test'.

Daarna wordt het gefixeerde gedeelte van het model vereenvoudigd met behulp van 'ordinary likelihood ratio tests' totdat een zo zuinig mogelijk model is verkregen. Het resulterende model kan regressieladingen bevatten op relevante onafhankelijke variabelen zoals instelling, tijd, sekse, hogere machten van de tijdsvariabele, en van interacties tussen de variabelen.

Analyses van opname- en ontslagmetingen

Voor het onderzoeken van verschillen in SCL-90 en EuroQol opnamescores tussen KKP en de LKP en voor verschillen in cliënttevredenheid bij ontslag is gebruik gemaakt van one-way variantie analyses. ANOVA is ook gebruikt bij het onderzoeken van verschillen tussen de opnamescores van cliënten die de ontslag- en vervolgmeting lijsten niet hebben ingevuld en zij die dat wel hebben gedaan (uitvaller-analyses). Voor vervolgmeting analyses met betrekking tot zorggebruik en verzuimkosten (van werk) zijn nog onvoldoende gegevens beschikbaar.

Bij de berekening van de subschaalscores van de Thermometer Cliënttevredenheid is gecorrigeerd voor niet ingevulde vragen. Vanaf 2003 is een gewijzigde versie van de Thermometer Cliënttevredenheid in gebruik. Om gegevensverlies te voorkomen zijn gegevens die betrekking hebben op de oude versie omgezet naar de nieuwe Thermometer. In de eerste lijst kwamen naast de antwoordcategorieën 'ja, tevreden' en 'nee' ook de antwoordcategorieën 'Weet niet' en 'n.v.t' voor. Deze zijn in de definitieve lijst weggelaten. Ook is de volgorde en de groepering van de vragen enigszins gewijzigd. Verschillen op deze subschalen en op het rapportcijfer zijn uitgevoerd met one-way ANOVA. Verschillen in proporties 'ja, tevreden' op individuele vragen van de thermometer zijn geanalyseerd met de crosstabs module in SPSS (versie 16.0), waarbij de adjusted standardized residuals als z-scores zijn gewaardeerd.

SCL-90 - Psychoneuroticisme

De ongestructureerde covariantie matrix met Intercept en Tijd als random variabelen kon niet zonder informatieverlies vereenvoudigd worden. Dit betekent voor het model dat beginscores van cliënten van elkaar verschillen en de snelheid waarmee SCL-90 scores dalen niet voor alle cliënten gelijk is.

Als hoofdeffecten zijn de tijd, hogere machten ervan en de hoofdeffecten van de KKP, Deeltijd en Jeugd ten opzichte van de LKP toegevoegd, en daarnaast de interacties tussen deze verklarende variabelen. Stapsgewijs zijn zoveel mogelijk (interactie) effecten uit het model verwijderd zonder dat daarbij een significant informatieverlies optrad. Het criterium om (interactie)effecten te verwijderen werd gesteld op p >0,001. Het verzadigde model met alle interactie-effecten (-2 loglikelihood = 98738,4) was niet significant beter dan het finale model (-2 loglikelihood =98740,1; $\chi^2_{(3)}$ =1,7; p = 0,64).

Het intercept geeft aan dat de modelscore voor de referentiegroep (LKP) bij opname 222,6 is (Tabel 11). De hoofdeffecten KKP (-15,6) en Deeltijd (-11,5) betekenen dat de modelscores. Het niet-significante hoofdeffect voor de Jeugd moet in het model gehandhaafd blijven, omdat er wel significante tijd-interactie effecten met Jeugd zijn. De interactie effecten moeten "genest" zijn onder de hoofdeffecten. voor KKP en Deeltijd 222,6 - 15,6 = 207,0 resp. 222,6 - 11,5 = 211,1 zijn. Het negatieve lineaire hoofdeffect tijd houdt in dat de SCL-90 score elke maand met 6,44 afneemt. Dit beloop wordt echter afgebogen door het kwadratische tijdseffect, op langere duur is de afname kleiner. Het kubische effect geeft aan dat er nog een bocht in het beloop zit. De negatieve lineaire tijd interactie

effecten voor KKP en Jeugd geven aan dat de scores daar sterker afnemen dan bij de LKP. Deze relatief

Tabel 11. *Finaal Mixed regressiemodel voor SCL-90*

Effect	Gewicht	*P*
Intercept	222,6	< 0,0001
KKP	- 15,6	< 0,0001
Deeltijd	- 11,5	< 0,0001
Jeugd	- 0,0282	0,99
Tijd - lineair	- 6,44	< 0,0001
Tijd - kwadratisch	0,253	< 0,0001
Tijd – kubisch	- 0,00312	< 0,0001
KKP*Tijd – lineair	- 8,05	< 0,0001
KKP*Tijd - kwadratisch	0,707	< 0,0001
KKP*Tijd - kubisch	- 0,015	< 0,0001
Jeugd*Tijd – lineair	- 3,91	< 0,0001
Jeugd*Tijd - kwadratisch	0,234	< 0,0001
Jeugd*Tijd - kubisch	- 0,00357	0,0004

sterkere daling wordt ook op langere termijn weer minder (kwadratisch interactie effect. Omdat het interpreteren van een stelsel regressiegewichten complex is, zijn met behulp van de gevonden regressiegewichten de belopen van de LKP en de van KKP grafisch weergegeven (Figuur 1).

EuroQol Kwaliteit van leven

Ook voor de EuroQol kon de ongestructureerde covariantie matrix met Intercept en Tijd als random variabelen niet zonder informatieverlies vereenvoudigd worden. Ook hier betekent dit dat de beginscores van cliënten voor het model essentieel verschillen en dat de snelheid van de stijging in EuroQol scores per cliënt kan verschillen.

Bij de EuroQol had het verzadigde model met alle interactie-effecten een -2 loglikelihood fitwaarde van -145,1. Dit model was niet significant beter dan het finale model, dat een -2 loglikelihood fitwaarde had van -144,4 ($\chi^2_{(3)}$ =0,7; p = 0,87).

De interpretatie van het stelsel regressiegewichten van het EurQol model gaat analoog aan dat van het SCL-90 model, met dat verschil dat het hier toename in plaats van afname van de scores betreft. Ook voor de EuroQol is de regressievergelijking in een figuur (Figuur 2) weergegeven om de interpretatie te vergemakkelijken.

Tabel 12. *Finaal Mixed regressiemodel voor de EuroQol-5D*

Effect	Gewicht	*P*
Intercept	0,527	< 0,0001
KKP	0,0719	< 0,0001
Deeltijd	0,0531	< 0,0001
Jeugd	0,00128	0,92
Tijd - lineair	0,0198	< 0,0001
Tijd - kwadratisch	- 0,00069	< 0,0001
Tijd – kubisch	0,0000077	< 0,0001
KKP*Tijd – lineair	0,0256	< 0,0001
KKP*Tijd - kwadratisch	- 0,00233	< 0,0001
KKP*Tijd - kubisch	0,000049	< 0,0001
Jeugd*Tijd – lineair	0,0180	< 0,0001
Jeugd*Tijd - kwadratisch	- 0,00104	< 0,0001
Jeugd*Tijd - kubisch	0,000016	0,0006

Uitvaller analyses

In longitudinale analyses met SAS Mixed modellen wordt gecorrigeerd voor uitvallers indien de uitval afhankelijk is van in het model aanwezige variabelen. Wanneer de uitval bijvoorbeeld samenhangt met een relatief hoge score op de SCL-90, dan wordt in de longitudinale analyse van SCL-90 scores voor deze uitval gecorrigeerd. Niettemin is het nuttig hier extra inzicht in te verkrijgen. Daartoe zijn met t-toetsen voor onafhankelijke groepen de opnamescores van cliënten die de vragenlijsten bij ontslag en vervolgmetings hebben teruggestuurd, vergeleken met de opnamescores van degenen die dat niet hebben gedaan. In Tabel 13 zijn de gemiddelde waarden op de SCL-90 en de EQ-5D bij opname weergegeven. Een gebruikelijke observatie is dat de uitvallers bij opname hogere klachtenscores hebben dan de cliënten die aan het onderzoek zijn blijven meewerken, dit fenomeen doet zich voor bij ontslag en de 1-jaar vervolgmeting bij de KKP, LKP en Deeltijd. Opmerkelijk is dat bij de Jeugd het omgekeerde het geval is. Jeugdcliënten die de opnamelijsten en de 2-jaar vervolgmeting niet terugstuurden, hadden bij opname juist lagere scores dan zij die dat wel gedaan hadden.

Tabel 13. *Klachtenniveau en kwaliteit van leven (bij opname) van cliënten die de vervolgmeting wel of niet hebben teruggestuurd*

	N		SCL-90			EQ-5D		
Teruggestuurd	wel	niet	wel	niet	*p*	wel	niet	*p*
ontslag								
KKP	447	283	211	220	0,04	0,60	0,52	0,000
LKP	918	1041	220	227	0,02	0,53	0,52	0,64
Deeltijd	373	452	210	217	0,05	0,58	0,58	0,91
Jeugd	211	268	232	217	0,01	0,51	0,54	0,16
½-jaar vervolgmeting								
KKP	297	433	214	215	0,65	0,58	0,56	0,34
LKP	536	1423	220	225	0,09	0,55	0,52	0,03
Deeltijd	244	581	212	214	0,62	0,56	0,59	0,24
Jeugd	141	338	232	220	0,06	0,51	0,53	0,35
1-jaar vervolgmeting								
KKP	272	458	209	218	0,03	0,58	0,56	0,55
LKP	454	1505	218	226	0,01	0,54	0,52	0,32
Deeltijd	187	638	207	215	0,06	0,59	0,58	0,52
Jeugd	141	338	232	220	0,07	0,51	0,53	0,53
2-jaar vervolgmeting								
KKP	176	554	209	217	0,10	0,60	0,56	0,03
LKP	233	1726	219	225	0,15	0,53	0,52	0,87
Deeltijd	96	729	214	214	0,93	0,54	0,58	0,11
Jeugd	91	388	242	219	0,003	0,48	0,54	0,06

STEP II is een project van de stichting Klinische Psychotherapie en is uitgevoerd door het Erasmus Universitair Medisch Centrum te Rotterdam.
Voor meer informatie kunt u contact opnemen met:

Dr. R. Timman
Medische Psychologie & Psychotherapie
Erasmus MC
Postbus 2040
3000 CA Rotterdam
Tel: 010 - 704 3804
Fax: 010 - 704 4695
E-mail: r.timman@erasmusmc.nl