



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

## Routine Outcome Measurement binnen PsyQ: normering van de 4 K's

Irma Huijbrechts, Martin Appelo, Kees Korrelboom, Colin  
van der Heiden en Elske Bos

---

**SAMENVATTING** Het meten van behandelresultaten, de zogenaamde Routine Outcome Measurement (ROM), neemt een steeds prominere plaats in binnen de GGZ. Diverse meetinstrumenten lijken geschikt als ROM-instrument, waarbij de mogelijkheid om uitkomsten van verschillende ROM-methoden te vergelijken door GGZ Nederland onderzocht wordt.

Bij PsyQ, een landelijke aanbieder van specialistische ambulante tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, staat ROM al jaren hoog in het vaandel. Binnen PsyQ is gekozen voor de zogenaamde '4 K's': Klachten, Kwaliteit van leven, Kosten en Klanttevredenheid. In dit artikel worden de vier K's beschreven en normen voor drie van de vier K's gepresenteerd. De resultaten geven aan dat de vier K's een kort en psychometrisch krachtig instrument voor ROM bieden binnen de ambulante GGZ. Door de normering voor een ambulante psychiatrische doelgroep lijken de vier K's ook goed toepasbaar in de klinische praktijk.

---

DR. I.P.A.M. HUIJBRECHTS, Gz-psycholoog, is senior stafmedewerker wetenschappelijk onderzoek & zorginnovatie, PsyQ Nederland, Den Haag. E-mail: i.huijbrechts@psyq-nederland.nl.

DR. M. APPELO is Gz-psycholoog/gedragstherapeut en senior onderzoeker bij het Behouden Huys in Haren en het Centrum voor Integrale Psychiatrie van Lentis te Groningen, en docent bij Cure & Care Development in Arnhem en de afdeling Psychologie van de Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen.

DR. C.W. KORRELBOOM, klinisch psycholoog-psychotherapeut, is coördinerend hoofd wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie PsyQ Parnassia-Bavo Groep.

DRS. C. VAN DER HEIDEN, Gz-psycholoog-psychotherapeut, is hoofd wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie bij PsyQ Rijnmond.

DR. E.H. BOS is bioloog/filosoof en senior onderzoeker bij Lentis te Groningen en postdoc bij het Universitair Medisch Centrum Groningen.

### Inleiding

De Nederlandse Geestelijke GezondheidsZorg (GGZ) verzakelijkt. De marktwerking heeft zijn intrede gedaan en de ziektekostenverzekeraars sturen vooral op kosteneffectiviteit. Hierdoor is het van groot belang aan te tonen dat de geleverde zorg goed en doelmatig is. In dat kader wordt, onder meer door GGZ Nederland, gestreefd naar een uniforme set prestatie-indicatoren, die door zorgaanbieders, inspectie, patiënten en verzekeraars kan worden gebruikt om de kwaliteit van zorg te bepalen. Deze set is nog niet helemaal gereed, maar het is vrijwel zeker dat ernst van de problemen, kwaliteit van leven, klanttevredenheid en zorgconsumptie belangrijke indicatoren zullen zijn. Er wordt naar gestreefd de indicatoren met bestaande vragenlijsten en meetinstrumenten te operationaliseren (Stuurgroep Transparantie GGZ, 2007).

Goede en doelmatige zorg impliceert een zo breed mogelijke implementatie van behandelingen waarvan de effectiviteit in wetenschappelijk onderzoek is aangetoond. Deze zogenaamde 'evidence-based' behandelingen vormen de kern van het aanbod van PsyQ, een grote zorgaanbieder binnen de Nederlandse GGZ. In een sterk groeiend aantal over het land verspreide vestigingen levert PsyQ specialistische ambulante tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, die is georganiseerd binnen negen verschillende behandelprogramma's. Elke behandeling wordt geëvalueerd in het kader van Routine Outcome Measurement (ROM). Hierbij wordt niet, zoals bij Routine Outcome *Monitoring*, iedere sessie beoordeeld door patiënt en behandelaar. Bij Routine Outcome *Measurement* vullen patiënten voor aanvang van de behandeling, gedurende de behandeling en aan het eind ervan een aantal vragenlijsten in. Gedurende de behandeling is op 'logische momenten' in het zorgtraject, met die kanttekening dat er niet meer dan een halfjaar tussen twee verschillende meetmomenten mag liggen. De ambitie is om in de toekomst ook een follow-upmeting te doen, zes maanden na afsluiting van de behandeling. In de vragenlijsten komen de zogenaamde '4 K's' aan bod: Klachten, Kwaliteit van leven, Kosten (zorgconsumptie) en Klanttevredenheid. Om de klantvriendelijkheid van de procedure optimaal te houden is gekozen voor korte vragenlijsten. In totaal gaat het om slechts 25 items, waarmee deze vier gebieden in kaart worden gebracht. Omdat behandelaren van PsyQ nooit blind zijn voor het meetmoment en belang hebben bij positieve uitkomsten, is ervoor gekozen alleen zelfrapportagevragen in de ROM op te nemen. Patiënten beoordelen dus zichzelf, hun behandelaren en de gang van zaken bij PsyQ.

Met de vier K's worden alle behandelprogramma's en behandelingen van PsyQ geëvalueerd. De resultaten kunnen aanleiding zijn om

behandelprogramma's aan te passen, medewerkers beter te scholen of om nader, meer gericht wetenschappelijk onderzoek te doen. Op niveau van de individuele behandeling geven de vier K's feedback aan de behandelaar en de patiënt over de voortgang van de behandeling.

Voor een deel van de vier K's bestaan nog geen normen en andere psychometrische gegevens, voor een ander deel (namelijk voor de Korte Klachten Lijst, KKL) is de samenstelling van de normgroepen bekritiseerd (Evers, Van Vliet-Mulder, & Groot, 2008). De normen van de KKL werden als onvoldoende beoordeeld, omdat de normgroepen niet representatief waren of de representativiteit niet te beoordelen was. Ook de criteriumvaliditeit kreeg een onvoldoende, omdat deze op een te kleine groep was onderzocht. Inmiddels hebben meer dan 10.000 patiënten bij PsyQ voor het eerst de vier K's ingevuld. Met behulp van deze gegevens zijn (nieuwe) normen opgesteld voor drie van de vier 'K's'. Deze nieuwe normen worden in dit artikel gepresenteerd. Voor de vierde 'K' (kosten) bleek het, vanwege de geringe spreiding van de scores, (nog) niet mogelijk om betekenisvolle normgroepen te onderscheiden.

#### De 4 K's

##### *Klachten*

Klachten worden gemeten met de Korte Klachten Lijst (KKL; Appelo & Lange, 2007; Lange & Appelo, 2007; Lange, Schrieken, Van de Ven, & Blankers, 2000). Deze lijst vraagt op een vijfpuntschaal, lopend van 0 ('geen') tot 4 ('heel erg'), naar de mate waarin de respondent last heeft van dertien symptomen die in de psychiatrie veel worden aangetroffen: angsten, concentratieproblemen, geheugenproblemen, depressiviteit, lichamelijke klachten, prikkelbaarheid, relatieproblemen, zelfmoordgedachten en/of -pogingen, eetstoornissen, automutilatie, seksuele problemen, slaapproblemen en verslavingen. Daarnaast is er een open item waar de respondent zelf een klacht kan invullen.

Naar de KKL is eerder psychometrisch onderzoek gedaan (Lange & Appelo, 2007). Uit dit onderzoek blijkt dat de interne consistentie (tussen de .78 en .85) en de test-hertestbetrouwbaarheid (tussen de .69 en de .77) bij verschillende doelgroepen voldoende zijn. De score op de KKL hangt niet betekenisvol samen met leeftijd en opleidingsniveau. Ook is er geen verschil tussen mannen en vrouwen uit de algemene bevolking. Psychiatrische patiënten ervaren beduidend meer psychisch lijden dan mensen uit de algemene bevolking. Binnen de patiëntengroep is er een statistisch significant en klinisch betekenisvol

verschil tussen ambulante behandelde en niet-ambulante behandelde patiënten. Zoals mocht worden verwacht geeft de laatste groep op de KKL aan meer psychisch lijden te ervaren dan de eerste. Wat betreft de congruente validiteit valt vooral op dat de KKL-totaalscore zeer hoog (rond de .87) correleert met de totaalscore van de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 2003). De handleiding concludeert dan ook dat de KKL kan worden beschouwd als een kort alternatief voor de SCL-90.

#### *Kwaliteit van leven*

Kwaliteit van leven wordt gemeten met vier items. De eerste drie zijn verwant aan de Sheehan Disability Scale (SDS; Sheehan, 1983; Sheehan, Harnett-Sheehan, & Raj, 1996), waarbij de oorspronkelijke vragen enigszins zijn aangepast (in plaats van 'hinder' wordt er gesproken van 'lijden onder uw klachten'). Deze vragen operationaliseren de invloed van de klachten op werk en dagactiviteiten, sociaal functioneren en relatie/gezin. De vragen worden gescoord op een schaal van 0 tot 10, waarbij 10 extreme invloed betekent en een 0 geen invloed.

Psychometrisch onderzoek naar de SDS laat zien dat de interne consistentie goed is (.89) en dat de ernst van psychische problematiek samenhangt met de mate waarin patiënten zich belemmerd voelen op de genoemde gebieden.

Het vierde item waarmee kwaliteit van leven wordt geoperationaliseerd, is de Happiness Index (Abdel-Khalek, 2006; Veenhoven, 2002). Dit is een betrouwbare en valide schaal waarop iemand aangeeft hoe gelukkig hij of zij de laatste maand geweest is. De schaal loopt van 0 (heel ongelukkig) tot 10 (heel gelukkig).

#### *Kosten*

Kosten of zorgconsumptie worden gemeten door de patiënt te vragen hoe vaak hij of zij in verband met de klachten, buiten PsyQ om, gebruikmaakte van verschillende vormen van hulpverlening, hoeveel geld hij of zij, op eigen initiatief, uitgaf aan behandelingen, therapieën en middelen en hoeveel dagen hij of zij niet kon werken vanwege de klachten.

*Klanttevredenheid*

Klanttevredenheid wordt gemeten door scores (van 0 tot 10) voor 'de manier waarop PsyQ met u en uw problemen omgaat', waarna bij de vervolgmetingen tevens wordt gevraagd naar tevredenheid over 'het effect of resultaat van de behandeling' en 'de behandelaar of therapeut'. Daarnaast wordt gevraagd of de patiënt iemand anders zou aanraden om hulp te zoeken bij PsyQ, waarbij gekozen kan worden uit vijf antwoordcategorieën (van 'nee, absoluut niet' tot 'ja, zeker').

## Dataverzameling

Om de normen van de KKL opnieuw te bepalen en om die op de drie andere K's voor het eerst vast te stellen is onderzoek gedaan naar de data die inmiddels binnen PsyQ zijn verzameld. De respondenten zijn ambulante patiënten van de negen verschillende programma's (zie tabel 1). De helft van de patiënten is in Den Haag en omstreken in behandeling, de andere helft bij de verschillende vestigingen van PsyQ verdeeld over het land (Amsterdam, Groningen, Tilburg, Breda, Utrecht, Rotterdam, Spijkenisse, Eindhoven, Zaandam, Zoetermeer, Haarlem en Purmerend).

De vier K's zijn deels via internet ingevuld en deels op papier. De papieren versies zijn vervolgens ingevoerd in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). De data worden centraal opgeslagen en vervolgens omgezet naar en verwerkt met SPSS.

*Tabel 1. Patiënten verdeeld over de verschillende programma's, de gemiddelde KKL-totaalscore, standaarddeviatie en range.*

	% patiënten	Gemiddelde	sd	Range
ADHD	14.0	18.9	8.2	0-49
Angst	15.5	16.1	8.9	0-52
Depressie	27.4	21.1	9.2	0-52
Eetstoornissen & obesitas	6.4	16.7	9.4	0-48
Persoonlijkheidsproblematiek	6.7	20.0	9.0	0-43
Psychotrauma	6.5	24.0	9.5	4-52
Relatie & psyche	14.8	14.9	8.6	0-45
Seksuologie	4.3	12.8	8.4	0-44
Somatiek & psyche	4.2	17.1	8.9	0-50
Totaal	100	18.2	9.1	0-52

## Resultaten

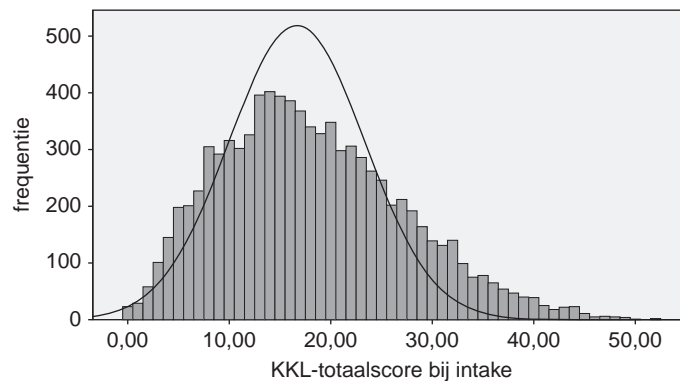
### *Klachten*

In totaal is door 10.124 patiënten bij intake de KKL ingevuld. Hiervan zijn er 8.682 compleet ingevuld en dus bruikbaar voor dit onderzoek. Deze groep bestaat uit 3.358 mannen en 5.324 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 36,9 jaar ( $sd = 11.7$ ; range 18-80).

Allereerst is bekeken of de dertien vragen bij de PsyQ-doelgroep één intern consistente schaal vormen. De Cronbach's alfa is .82, wat betekent dat er sprake is van een consistente schaal.

De totaalscore van de KKL bestaat uit de som van de eerste dertien items. De gemiddelde totaalscore bij de PsyQ-normgroep is 18.2 ( $sd = 9.1$ ). Er is een klein sekseverschil gevonden tussen mannen ( $m = 17.3$ ;  $sd = 9.0$ ) en vrouwen ( $m = 18.7$ ;  $sd = 9.1$ ). Dit verschil is significant ( $t = -6.9$ ;  $df = 8680$ ;  $p < .000$ ). De grootte van dit verschil is echter bijzonder klein (Cohen's  $d = .15$ ). Het heeft dan ook geen enkel praktisch nut om verschillende normgroepen voor mannen en vrouwen te formuleren. In de praktijk zouden de grenzen van die groepen identiek zijn.

Omdat de scores normaal verdeeld zijn (zie figuur 1), kunnen ze betekenisvol in zeven aparte normklassen worden verdeeld (zie tabel 2).



*Figuur 1. Histogram met normaalcurve van de KKL-totaalscore bij intake.*

Opvallend is het verschil tussen de diverse programma's (zie tabel 1). Ook het feit dat er nul gescoord wordt ( $n = 23$ , 0,3%) bij intake, geeft aan dat niet alle klachten adequaat in kaart gebracht worden door de KKL.

In vergelijking met de normen voor psychiatrische patiënten uit de handleiding is er hier één normgroep in plaats twee normgroepen onderscheiden op geslacht. Ook is er gekozen voor zeven normcategorieën in plaats van vijf. Hiermee kan klinisch beter genuanceerd worden of de behandeling invloed heeft op de klachten.

Tabel 2. PsyQ-normen voor de KKL.

Totaalscore KKL	Norm
< 8	Zeer laag
8-11	Laag
12-15	Benedengemiddeld
16-18	Gemiddeld
19-22	Bovengemiddeld
23-28	Hoog
> 28	Zeer hoog

n = 8682; 13 items; score range 0-52; m = 18.2; sd = 9.1;  
std. e.m. = .09707.

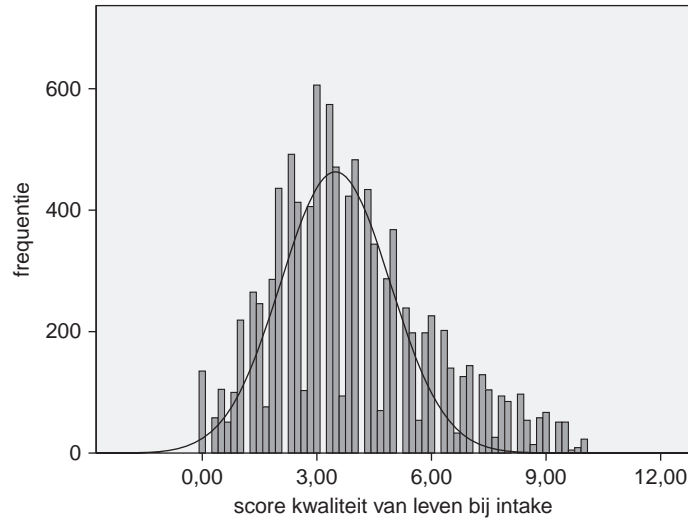
#### *Kwaliteit van leven*

De K van kwaliteit van leven is bij intake door 9.924 patiënten volledig ingevuld. De Cronbach's alfa van de vier items is .73, wat betekent dat er gesproken kan worden van een redelijk intern consistente schaal. De kwaliteit van leven totaalscore (KWAL) wordt samengesteld door de eerste drie items te spiegelen en vervolgens de vier items op te tellen en te delen door het aantal ingevulde items. Hierdoor betekent een hogere score op KWAL, een hogere kwaliteit van leven.

De gemiddelde KWAL-score is 3.9 (sd = 2.1). Er wordt een klein sekseverschil gevonden. Mannen (m = 4.0; sd = 2.1) scoren iets hoger dan vrouwen (m = 3.8; sd = 2.0). Dit verschil is statistisch significant (t = 4,1; df = 9922; p < .000), maar niet betekenisvol genoeg om aparte normtabellen voor sekse te maken (Cohen's d = 0.10). De normklassen die in de klinische praktijk gebruikt worden, zouden voor vrouwen en mannen namelijk identiek zijn.

Omdat de scores redelijk normaal verdeeld zijn (zie figuur 2), kunnen ze betekenisvol in vijf aparte normklassen worden verdeeld (zie tabel 3).





*Figuur 2. Histogram met normaalcurve van de score van kwaliteit van leven bij intake.*

*Tabel 3. PsyQ-normen voor kwaliteit van leven.*

Totaalscore KWAL	Norm
< 2.25	Laag
2.25-2.99	Benedengemiddeld
3.00-3.99	Gemiddeld
4.00-5.5	Bovengemiddeld
> 5.5	Hoog

n = 9924; 4 items; score range 0-10; m = 3.9; sd = 2.1;  
std. e.m. = .0207

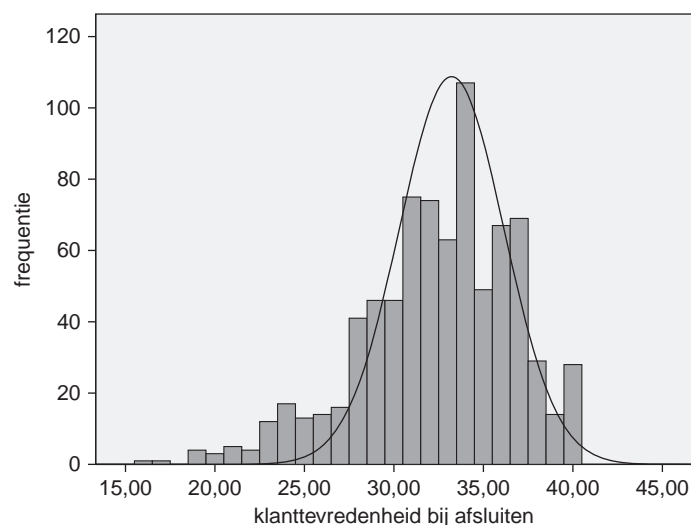
### *Klanttevredenheid*

Voor het berekenen van de normen voor klanttevredenheid werden de gegevens gebruikt van 798 patiënten die deze K aan het eind van de behandeling helemaal invulden.

De 0-scores zijn niet meegenomen in de analyses, omdat in de praktijk bleek dat deze optie vaak als 'niet van toepassing' of 'weet niet' is gebruikt. Om te kijken of de vier vragen een intern consistente schaal vormen is de Cronbach's alfa berekend. Hiervoor is eerst de score op de vierde vraag met twee vermenigvuldigd, zodat alle vragen dezelfde score range kregen. De alfa is .82, hetgeen goed is. De totaalscore van de vier items (KLANT) geeft daarmee de tevreden-

heid van de betreffende patiënt aan met de behandeling zoals door PsyQ gegeven.

De gemiddelde KLANT-totaalscore is 32.4 (sd = 4.3). Er is geen sekseverschil gevonden. Omdat de KLANT-scores redelijk normaal verdeeld zijn (zie figuur 3), kunnen ze betekenisvol in vijf aparte normklassen worden verdeeld (zie tabel 4).



Figuur 3. Histogram met normaalcurve van de klanttevredenheid bij afsluiten.

Tabel 4. PsyQ-normen voor klanttevredenheid.

Totaalscore KLANT	Norm
< 29	Laag
29-31	Benedengemiddeld
32-33	Gemiddeld
34-36	Bovengemiddeld
> 36	Hoog

n = 798; 4 items; score range 16-40; m = 32.4; sd = 4.3;  
std. e.m. = .15162

### Kosten

Bij intake vulden 9.122 patiënten de K van kosten helemaal in.

In de praktijk bleek dat de vragen vaak niet goed werden begrepen en dus niet betrouwbaar werden ingevuld. Bovendien zijn de resultaten zeer scheef verdeeld. Over deze K zijn daarom nog geen normen

berekend. Kosten zullen in de toekomst eerst beter geoperationaliseerd moeten worden.

#### Samenvatting en conclusie

De 4 K's is het meetinstrument dat PsyQ gebruikt voor Routine Outcome Monitoring. Het is een kort en bondig instrument waarvan de psychometrische eigenschappen tot nu echter nog onvoldoende vaststonden. In het hier gepresenteerde onderzoek zijn voor drie van de vier K's (klachten, klanttevredenheid en kwaliteit van leven) normgroepen vastgesteld. Daarmee vormen drie van de vier K's een kort en psychometrisch krachtig instrument voor ROM binnen de ambulante GGZ. Ze bieden een instrument om de effectiviteit van behandelingen wetenschappelijk te evalueren, zodat beleidsmakers en ziektekostenverzekeraars beter gefundeerde keuzes kunnen maken.

Door de vragenlijsten te normeren voor ambulant behandelde psychiatrische patiënten neemt de klinische toepasbaarheid ervan toe. Hierbij moet worden opgemerkt dat er verschillen bestaan tussen de scores van de verschillende programma's. Sommige klachten worden niet adequaat in kaart gebracht door de KKL en leveren daarom een lage score op, terwijl er wel degelijk psychisch lijden bestaat. Over het algemeen kunnen behandelaren nu aan de hand van de 4K's beter nagaan of hun patiënten in voldoende mate en voldoende snel opknappen op klachtniveau en op het niveau van ervaren kwaliteit van leven en levensgeluk. Ook kan eenvoudig een indruk worden verkregen over de klanttevredenheid met de behandeling en de behandelelaar. Aan dergelijke constatering kunnen vervolgens consequenties worden verbonden voor het voortzetten, aanpassen of afsluiten van het behandelplan.

Naar een goede, vergelijkbare korte operationalisatie van kosten zal nader moeten worden gekeken. Om de 4K's en de bijbehorende normen te kunnen generaliseren naar andere GGZ-instellingen is verder onderzoek gewenst.

Voor verdere informatie over (het gebruik van) de vier K's kunt u contact opnemen met de eerste auteur.

---

**ABSTRACT** Routine Outcome Measurement (ROM) of treatment in mental health care plays an increasingly significant role. Several tools and instruments seem useful for this goal, in which the aspect of comparison of these instruments is being researched by GGZ Nederland.

At PsyQ, a nation wide operating organisation for specialized, psychiatric mental health care, ROM has played a role of importance for years. PsyQ has chosen for the so called '4 K's': Klachten (complaints), Kwaliteit van leven (quality of life), Kosten (costs) and Klanttevredenheid (satisfaction). In this article the four K's are described and referential categories are presented for three out of four K's. The results suggest the four K's to be a brief and reliable instrument for the mental health care. By composing referential categories the four K's seem relevant for professionals in ambulant psychiatric mental health care.

---

#### Referenties

- Abdel-Khalek, A. (2006). Measuring happiness with a single-item scale. *Social Behavior and Personality, 34*(2), 139-150.
- Appelo, M. & Lange, A. (2007). Meten van klachten en veerkracht in vierentwintig vragen. *Dth, 27*(3), 197-204.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2003). *SCL-90: Herziene handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C. (aanvulling 2008). *Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland. Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP). Commissie voor Testaangelegenheden (COTAN)*. Amsterdam: Boom.
- Lange, A. & Appelo, M.T. (2007). *De Korte Klachten Lijst (KKL) Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange, A., Schrieken, B., Ven, J.P. van de, & Blankers, M. (2000). De Korte Klachten Lijst. *Dth, 20*, 384-392.
- Sheehan D.V. (1983). *The Anxiety Disease* (p. 151). New York: Charles Scribner & Sons.
- Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K., & Raj, B.A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology, 11*(3), 89-95.
- Stuurgroep Transparantie GGZ (2007). *Prestatie-indicatoren Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg. Basisset 2007-2008*. Utrecht.
- Veenhoven, R. (2002). 'Het grootste geluk voor het grootste aantal'. *Sociale Wetenschappen, 45*(2), 1-43.