



**Het behandel­effect van Mindfit bij
depressieve cliënten, evenals de
invloed hierop van geslacht, ernst
van depressie en comorbide
angststoornissen**

Bachelorthese

Juni 2017

Van der Veen



Universiteit Twente

Faculteit Behavioral, Management and Social Sciences

Opleiding Psychologie

Eerste begeleider: Dr. M. Pieterse

Tweede begeleider: MSc. W. Smink

SAMENVATTING

Achtergrond en doel: In dit onderzoek is de behandel-effectiviteit van ‘Mindfit’, een onderdeel van de GGZ-instelling ‘Dimence’, onderzocht. Mindfit biedt zorg binnen het nieuwe zorgstelsel, welke sinds 2014 bestaat uit ‘gespecialiseerde GGZ’ en ‘generalistische basis-GGZ’. Kijkend naar deze verandering, komt de vraag naar voren wat dit voor invloed heeft op de effectiviteit van de hedendaagse zorg. Zodoende is onderzocht wat de effectiviteit is van de behandeling van Mindfit voor cliënten die gediagnosticeerd zijn met een depressieve stoornis. Daarnaast is, voor nader inzicht, gekeken naar de invloed op het behandel-effect van enkele determinanten, te weten: geslacht, de ernst van depressie voor aanvang van de behandeling en het lijden aan een comorbide angststoornis.

Methode: Er zijn gegevens geanalyseerd van 841 cliënten van Mindfit. Er is gebruik gemaakt van een reeds bestaande dataset met cliëntgegevens, die zijn verkregen middels afname van de ‘Routine Outcome Monitoring’ (ROM) om de behandelvoortgang en het behandel-effect te meten van cliënten die een behandeling krijgen in verband met psychische klachten. De gebruikte vragenlijst is de OQ-45.2, die de mate van aanwezige psychische symptomen meet tijdens een behandeltraject.

Resultaten: Gebleken is dat ongeveer twee-derde deel van de cliënten een betrouwbare verschillscore liet zien op de OQ-45.2 van minimaal 14 punten tussen de voormeting en nameting. Daarnaast was een significante verbetering te zien op de OQ-45.2 na het afronden van de behandeling dan voor het behandeltraject, met een effectgrootte van .998. Verder is geen invloed gevonden van de determinanten geslacht, ernst en comorbide angststoornis op het behandel-effect.

Conclusie en aanbevelingen: De behandeling van Mindfit voor cliënten die lijden aan een depressie lijkt effectief te zijn. Hoewel van te voren werd verondersteld dat de verandering binnen het huidige zorgstelsel eventueel een negatieve invloed zou kunnen hebben op de huidige zorg, lijken de huidige uitkomsten hier niet op te wijzen. Echter, om hier nader uitspraak over te kunnen doen, is nader onderzoek aanbevolen. Daarnaast lijken de voorspellers *geslacht*, *ernst* en *comorbide angststoornis* geen invloed te hebben op het behandel-effect. Deze uitkomsten komen echter niet overeen met voorgaand onderzoek, opdat vervolgonderzoek is aanbevolen. Zo is betreffende het zorgstelsel aanbevolen om onderzoek dat is uitgevoerd binnen het oude zorgstelsel te repliceren binnen het nieuwe huidige zorgstelsel. Daarnaast is aanbevolen om in vervolgonderzoek gebruik te maken van een controlegroep, zoals cliënten die op de wachtlijst staan. Verder is aanbevolen om in volgend onderzoek een nauwkeurig inzicht te verkrijgen betreffende de inhoudelijke aspecten van de behandeling, waaronder de omvang en vorm van CGT. Tevens is aanbevolen om de resultaten in vervolgonderzoek te analyseren middels de ‘intention-to-treat’ analyse. Daarnaast is aanbevolen om eventuele geslachtsverschillen als hoofdonderwerp te onderzoeken, in plaats van als deelaspect. Tot slot is aanbevolen om de invloed van ernst op het behandel-effect kwalitatief te onderzoeken middels diepte-interviews.

Sleutelwoorden: depressie, behandel-effect, GGZ zorgstelsel, geslacht, ernst, comorbide angststoornis.

ABSTRACT

Background and purpose: In this study, the treatment effectiveness of ‘Mindfit’, a part of the GGZ-institution ‘Dimence’, has been investigated. Mindfit provides care within the new mental healthcare system, which since 2014 consists of ‘specialized GGZ’ and ‘generalistic basis-GGZ’. Looking at this change, the question arises how this influences the effectiveness of today’s care. Thus, the efficacy of the treatment of Mindfit is investigated for patients diagnosed with a depressive disorder. In addition has, for further insight, the influence of some determinants on the treatment effect been investigated, namely *gender*, *severity* of depression prior to treatment and suffering from a *comorbid anxiety disorder*.

Method: Data has been analyzed from an existing dataset of 841 clients of Mindfit, which has been obtained by administering the Routine Outcome Monitoring (ROM) to measure the treatment progress and treatment effect of clients receiving treatment for psychiatric problems. The questionnaire used is the OQ-45.2, which measures the amount of psychic symptoms present during a treatment process.

Results: It has been found that approximately two-thirds of the clients showed a reliable difference score on the OQ-45.2 of at least 14 points between the pre- and post-measurement. In addition, a significant improvement was seen on the OQ-45.2 after treatment completion, with an effect size of .998. Furthermore, no influence has been found of the determinants *gender*, *severity* and *comorbid anxiety disorder* on the treatment effect.

Conclusion and recommendations: The treatment of Mindfit for clients suffering from depression seems to be effective. Although it was assumed in advance that the change within the current mental healthcare system could potentially have a negative impact on the current care, the current outcomes do not seem to indicate this. However, further investigation is recommended for further consideration. In addition, the predictors *gender*, *severity* and *comorbid anxiety disorder* do not seem to influence the treatment effect. However, these outcomes do not match previous research, so follow-up research is recommended. Concerning the care system, it is recommended to replicate research that was performed within the old care system, within the new current care system. It is also recommended to, in future research, use a control group, such as clients on the waiting list. In addition, it is recommended to obtain accurate insight into the substantive aspects of the treatment, including the size and shape of CGT. It is also recommended to analyze the results in follow-up research through the intention-to-treat analysis. In addition, it is recommended to investigate gender differences as a main subject, rather than as a participatory aspect. Finally, it is recommended to examine the influence of severity on the treatment effect qualitatively through in-depth interviews.

Key-words: depression, treatment effect, mental healthcare system, gender, severity, comorbid anxiety disorder.

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING.....	5
Mindfit	5
Depressie	5
Verandering zorg	5
Effectiviteit zorg	6
Behandeleffect depressie	6
Invloed determinanten op behandeleffect	6
<i>Invloed van geslacht</i>	7
<i>Invloed van ernst</i>	7
<i>Invloed van comorbide angststoornis</i>	8
<i>Onafhankelijke invloed determinanten</i>	8
METHODE	9
Participanten en procedure	9
Meetinstrumenten	9
<i>ROM</i>	9
<i>Outcome Questionnaire (OQ-45.2)</i>	9
Statistische analyses	10
RESULTATEN	11
Kenmerken participanten	11
Behandeleffect	11
Univariate invloed voorspellers	12
Multivariate invloed voorspellers	13
Intercorrelaties	14
DISCUSSIE.....	14
Behandeleffect	14
Invloed determinanten op behandeleffect	16
<i>Invloed geslacht</i>	16
<i>Invloed ernst</i>	16
<i>Invloed comorbide angststoornis</i>	17
Conclusie	17
LITERATUUR.....	19
BIJLAGEN.....	22
Bijlage I: Outcome Questionnaire (OQ-45.2)	22

INLEIDING

Zorginstellingen streven ernaar om effectieve behandelingen aan te bieden. In dit onderzoek is de behandel-effectiviteit van ‘Mindfit’ onderzocht, waarbij gebruik is gemaakt van een reeds bestaande dataset van cliëntgegevens die gedurende de behandeling zijn verzameld middels de ‘ROM’.

Mindfit

De stichting ‘Mindfit’ is een onderdeel van de GGZ-instelling ‘Dimence’. Mindfit is opgericht in 2012 en biedt zorg binnen de huidige generalistische basis-GGZ. Er wordt ambulante zorg geboden aan volwassenen met een psychische stoornis zoals geclassificeerd door de DSM. Bij Mindfit worden verscheidene behandelingen in verschillende vormen geboden, zoals online behandeling, groepsbehandeling, individuele gesprekken, e-Health, trainingen, cursussen, voorlichting en begeleiding. De methode die centraal staat is ‘cognitieve gedragstherapie’ (Dimence Groep, 2014). Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een combinatie van twee vormen van psychotherapie, namelijk cognitieve therapie en gedragstherapie. CGT gaat ervanuit dat het niet de gebeurtenissen zelf zijn die leiden tot negatieve gevoelens, gedachten en gedragspatronen, maar de manier waarop er met deze gebeurtenissen om wordt gegaan. Er wordt cliënten geleerd om negatieve en disfunctionele gedachten over zichzelf, anderen en de wereld om te buigen en anders te interpreteren, opdat het gevoelsleven en gedrag zal worden veranderd. Binnen CGT wordt gebruik gemaakt van verschillende technieken, waaronder gedragsmatige en probleem-oplossingstechnieken, en veelal wordt er gewerkt met specifieke cognitieve oefeningen en huiswerkopdrachten (Beck, 2013).

Depressie

Eén van de stoornissen die Mindfit behandelt, is depressie. Cijfers van het Centraal Bureau voor Statistiek laten zien dat acht procent van de Nederlanders van 12 jaar of ouder aangaf in 2014 zelf een depressie te hebben of in het afgelopen jaar te hebben gehad, wat overeenkomt met ruim 1 miljoen mensen (CBS, 2016). Depressie heeft onder alle stoornissen al jaren één van de hoogste prevalenties (Davey, 2014; Zorgprisma Publiek, 2017). De zeer hoge prevalentie maakt cliënten met een depressie een belangrijke doelgroep om te onderzoeken.

Verandering zorg

Vanaf 1 januari 2014 is in Nederland de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) omgevormd naar een nieuw stelsel, dat bestaat uit ‘gespecialiseerde GGZ’ en ‘generalistische basis-GGZ’. Binnen de gespecialiseerde GGZ vindt behandeling plaats van zwaardere, complexe stoornissen, en wordt gebruik gemaakt van professionals met gespecialiseerde kennis. Binnen de generalistische basis-GGZ vindt behandeling van lichte tot matige problematiek plaats. Daarnaast vindt binnen de generalistische basis-GGZ tevens behandeling plaats van cliënten met complexere problematiek dan dat voorheen het geval

was binnen de eerstelijns psychologische zorg (Rijksoverheid, 2016). Er heeft dus een verschuiving plaatsgevonden van de tweedelijns- naar de eerstelijnszorg, waarbij een bepaalde groep cliënten met zwaardere problematiek een ‘lichtere’ vorm van zorg krijgt dan voorheen.

Effectiviteit zorg

Kijkend naar de veranderingen binnen het huidige zorgstelsel, komt de vraag naar voren wat deze verandering voor invloed heeft op de effectiviteit van zorg die hedendaags wordt gegeven. Het gegeven dat cliënten met zwaardere problematiek binnen het nieuwe zorgstelsel een ‘lichtere’ vorm van zorg ontvangen dan voorheen, zou namelijk eventuele risico’s met zich mee kunnen brengen. Een voorbeeld van een eventueel risico is bijvoorbeeld onderbehandeling, wanneer zou blijken dat de problematiek te zwaar is om te kunnen worden behandeld binnen de eerste lijn. Het is dus de vraag of de problematiek van de cliënten die tegenwoordig binnen de generalistische basis-GGZ worden behandeld, geschikt is om te kunnen worden behandeld binnen de eerstelijnszorg. Derhalve is het van belang dat de effectiviteit van de behandeling bij Mindfit onderzocht wordt, opdat dit kan leiden tot een bijdrage aan het waarborgen en eventueel verbeteren van het huidige zorgaanbod.

Zodoende heeft dit huidige onderzoek als doel om de effectiviteit van de behandeling van Mindfit te onderzoeken voor cliënten die gediagnosticeerd zijn met een depressieve stoornis. De hoofdvraag luidt: *“Wat is de effectiviteit van de behandeling van Mindfit bij depressieve cliënten?”*

Behandeleffect depressie

Het behandeleffect van CGT bij depressie, wat binnen Mindfit wordt aangeboden, is reeds veel onderzocht. Uit een meta-analyse van Cuijpers en Dekker (2005) is gebleken dat er ruime ondersteuning is voor de effectiviteit van CGT op symptomen en remissie van depressie. Deze conclusies zijn echter gebaseerd op behandeluitkomsten die zijn verkregen vanuit behandelingen die zijn gegeven binnen het oude zorgstelsel. Tot nu toe zijn binnen onderzoek de effecten van CGT effectief bevonden, maar het is de vraag hoe dit hedendaags is binnen het vernieuwde zorgstelsel. Zodoende is de volgende deelvraag opgesteld:

- *Deelvraag 1: ‘In hoeverre is er sprake van een klinisch relevant behandeleffect van Mindfit bij cliënten met een depressie?’*

Invloed determinanten op behandeleffect

Vervolgens zal worden gekeken naar de invloed van enkele eventuele determinanten van de effectiviteit van de behandeling op depressie. De invloed van determinanten kan voor Mindfit inzichtelijk maken of de behandeling die aangeboden wordt effectief is ongeacht eventuele invloeden van determinanten, en inzicht bieden in mogelijke verklaringen voor eventuele afwijkingen in effectiviteit van de behandeling. Analyse van deze eventuele determinanten kan tevens helpen bij de vraag of de structuur van het vernieuwde zorgstelsel beter, slechter dan wel even effectief is als het vorige zorgstelsel. De verkregen

inzichten kunnen vervolgens bijdragen aan het waarborgen en eventueel verbeteren van het zorgaanbod. Tevens kunnen de verkregen resultaten een bijdrage leveren aan theorievorming. De determinanten die zullen worden onderzocht, zijn: *geslacht*, *ernst* van depressie voor aanvang van de behandeling en het lijden aan een *comorbide angststoornis*.

Invloed van geslacht

Uit een literatuur review van Weinberger, McKee en Mazure (2010) komt naar voren dat er binnen reeds gedaan onderzoek over het behandelingseffect op depressie een gebrek is aan seksespecifieke analyses, zodat er weinig bekend is over eventuele verschillen tussen mannen en vrouwen op de behandeluitkomst. Dit is vooral opmerkelijk omdat de prevalentie van depressie ruim twee maal hoger is bij vrouwen (Davey, 2014; Weinberger et al., 2010), wat de mogelijkheid onderschrijft dat er tevens seksespecifieke verschillen bestaan in de reactie op behandeling van depressie. Weinberger en collega's (2010) ontdekten dat er bij zestien procent van de gepubliceerde onderzoeken rekening is gehouden in de analyses met een eventuele invloed van geslacht, zonder dat expliciet is onderzocht of er een significant verschil in behandelingseffect is tussen mannen en vrouwen, en wat de grootte en richting van dit eventuele verschil is. Weinberger en collega's stellen dat het essentieel is dat geslachtsverschillen worden onderzocht, om te verzekeren dat alle personen met een depressie toegang hebben tot de meest efficiënte beschikbare behandelingen.

Zodoende zal het eventuele effect van geslacht op de behandeluitkomst binnen dit huidige onderzoek mee worden genomen. Inzichtelijk kan worden gemaakt of de behandeling die Mindfit aanbiedt aan cliënten met een depressie voor beide geslachten even effectief is. Zodoende is de volgende deelvraag opgesteld:

- *Deelvraag 2: 'In hoeverre is er sprake van invloed van geslacht op het behandelingseffect?'*

Invloed van ernst

Uit een systematische review en meta-analyse van Locher, Kossowsky, Gaab, Kirsch, Bain en Krummenacher (2015) is naar voren gekomen dat een hogere ernst van depressie in het begin van de behandeling een ongunstig effect heeft op de behandeluitkomsten bij depressie.

De invloed van de ernst van depressie op het behandelingseffect is van belang met het oog op de veranderingen binnen het huidige zorgstelsel. Het gegeven dat een bepaalde groep cliënten met een zwaardere vorm van depressie een 'lichtere' vorm van zorg krijgt dan voorheen, zou hierbij namelijk een extra groot risico kunnen vormen. Een voorbeeld van een mogelijk risico is dat het zou kunnen dat de ernst van de depressie gemiddeld te hoog is om te kunnen worden behandeld binnen de eerste lijn. De volgende deelvraag is opgesteld:

- *Deelvraag 3: 'In hoeverre is er sprake van een invloed van de ernst van de depressie aan het begin van de behandeling, op het behandelingseffect?'*

Invloed van comorbide angststoornis

Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen kan worden gedefinieerd als de aanwezigheid, tegelijkertijd dan wel opeenvolgend, van twee of meer stoornissen in een persoon binnen een bepaalde tijdsperiode. Comorbiditeit komt voor in verschillende patronen (Spinhoven, de Rooij, Heiser, Smit & Penninx, 2012).

Angststoornissen zijn de meest voorkomende comorbide psychiatrische condities bij cliënten met een depressie (Davey, 2014; King-Kallimanis, Gum & Kohn, 2009; Spinhoven, et al., 2012). Uit epidemiologische analyses blijkt dat 50% van alle depressieve cliënten tevens voldoet aan de criteria van minstens één angststoornis, waarvan de meerderheid meerdere angststoornissen heeft (Petersen, Andreotti, Chelminski, Young & Zimmerman, 2009). Allen, White, Barlow, Shear, Gorman en Woods (2010) schrijven dat de meerderheid van individuen die een behandeling ondergaat voor een stemmingsstoornis op zijn minst één bijkomende angst- of stemmingsstoornis heeft, waarbij zij aangeven dat zodoende onderzoek betreffende comorbiditeit van belang is.

Kijkend naar de invloed die comorbiditeit met een angststoornis op remissie heeft, is te stellen dat deze invloed negatief is. Zo is uit onderzoek naar voren gekomen dat depressiviteit met een comorbide angststoornis, in vergelijking met een depressie zonder deze comorbiditeit, geassocieerd is met een verminderde waarschijnlijkheid op remissie (Kelly & Mezuk, 2006; Petersen et al., 2009; Spinhoven et al., 2012).

Gezien de hoge prevalentie, in combinatie met de negatieve invloed op remissie, zal binnen dit huidige onderzoek tevens worden gekeken naar het eventuele effect van comorbiditeit met angststoornissen op het behandelresultaat. Dit is tevens van belang met het oog op de veranderingen binnen het huidige zorgstelsel. Het zou namelijk mogelijk zijn zo kunnen zijn dat de problematiek voor cliënten die lijden aan comorbiditeit gemiddeld te zwaar en complex is om te kunnen worden behandeld binnen de eerste lijn. De volgende deelvraag is opgesteld:

- *Deelvraag 4: 'In hoeverre is er sprake van een invloed van comorbiditeit met angststoornissen op het behandelresultaat op depressie?'*

Onafhankelijke invloed determinanten

Tot slot zal de onafhankelijke invloed van de determinanten *geslacht*, *ernst* en *comorbide angststoornis* op het *behandelresultaat* nader worden onderzocht, door te corrigeren voor de effecten van de andere determinanten die mogelijk met elkaar kunnen samenhangen. De volgende deelvraag is opgesteld:

- *Deelvraag 5: 'In hoeverre is er sprake van een onafhankelijke invloed van de determinanten 'geslacht', 'ernst van depressie' en 'comorbide angststoornis' op het behandelresultaat?'*

METHODE

Participanten en procedure

De participanten die deel uitmaken van dit onderzoek, zijn cliënten die een behandeling hebben ondergaan bij Mindfit. Binnen deze behandeling hebben zij de Routine Outcome Monitoring (ROM) ingevuld. De gebruikte uitkomstmaat is de vragenlijst Outcome Questionnaire (OQ-45.2). De verkregen data is geanonimiseerd aan de onderzoekers gegeven voor analyse, om de privacy van de cliënten te waarborgen. Er is dus gebruik gemaakt van een reeds bestaande dataset.

De originele dataset bestond uit 10.055 participanten, met allerlei verschillende psychiatrische stoornissen zoals geclassificeerd door de DSM. Er is gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef, aangezien alleen participanten zijn meegenomen in de analyses die relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Zodoende zijn de participanten vervolgens geselecteerd op bepaalde criteria. Zo is binnen dit onderzoek enkel gebruik gemaakt van cliënten met een depressieve stoornis die het behandeltraject bij Mindfit hebben afgerond. Cliënten zijn niet meegenomen in het onderzoek wanneer ze het behandeltraject nog niet hebben afgerond, het cliëntprofiel te zwaar was voor de basis-GGZ, het vermoeden van een depressieve stoornis niet is bevestigd of de behandeling voortijdig is beëindigd op initiatief van de behandelaar of cliënt.

Uiteindelijk bleef een totaal aantal over van 841 respondenten waarvan 313 man (37.2%) en 528 vrouw (62.8%), met een leeftijd die varieerde tussen de 18 en 80 jaar met een gemiddelde leeftijd van 40.22 jaar ($SD=14.23$).

Meetinstrumenten

ROM

Sinds 2014 werkt Mindfit met afname van de ROM (Routine Outcome Monitoring) (Dimence Groep, 2014), en zodoende zijn de gebruikte vragenlijsten binnen dit onderzoek op die wijze afgenomen. De ROM is een methodiek waarbij regelmatig de toestand van de cliënt wordt gemeten middels wetenschappelijk gevalideerde meetinstrumenten, in de vorm van vragenlijsten. Dit meten vindt plaats met het oog op evaluatie en eventueel bijsturing van de behandeling (NetQ, 2017). De gebruikte vragenlijst is de 'Outcome Questionnaire (OQ-45.2)'.

Outcome Questionnaire (OQ-45.2)

De OQ-45.2 is een 45-item zelfrapportage vragenlijst, die is ontworpen om de behandelvoortgang en het behandel-effect te meten van cliënten die een behandeling krijgen in verband met psychische klachten. De items richten zich op veel voorkomende symptomen en problemen, met name betreffende depressie en angst, die voorkomen bij de meeste psychiatrische stoornissen. De vragenlijst geeft een totaalscore, maar tevens subschaalscores, die een operationalisatie zijn van drie aspecten van het functioneren van de cliënt, te weten: sociale rol, symptomen stress en interpersoonlijke relaties. De items

worden gescoord op een 5-punts Likertschaal, van nooit (0) tot altijd (4), opdat een totaalscore tussen de 0 en 180 wordt verkregen. Er zijn negen contra-indicatieve items, die voor scoring omgekeerd dienen worden, namelijk items 1, 12, 13, 20, 21, 24, 31, 37 en 43.

Om verandering te meten, wordt gebruikelijk gekeken naar een tweeledig criterium. Het eerste criterium betreft de grootte van de verandering op de score van de vragenlijst. Deze verandering wordt aangeduid middels de 'Reliable Change Index' (RCI), die veelal wordt uitgedrukt als het aantal punten op een meetinstrument dat de cliënt moet verbeteren tussen metingen voor en na de behandeling. Bij de OQ-45.2 betreft dit 14 punten, wat inhoudt dat er sprake is van een betrouwbare verschil wanneer er na de behandeling een afname is van minimaal 14 punten. Het tweede criterium betreft de (score)range waarbinnen de cliënt valt, die onderscheid maakt tussen 'normale' en 'disfunctionele' (klinische) populatie, waarbij de gestelde grensscore voor de aanwezigheid van een klinische stoornis minimaal 55 punten is (De Jong, Nugter, Lambert, Burlingame, 2008).

Psychometrisch onderzoek van Beckstead, Hatch, Lambert, Eggett, Goates en Vermeersch (2003) laat zien dat de vragenlijst voldoende betrouwbaar en valide is. De interne consistentie is hoog gebleken ($\alpha=.93$) en de test-retest betrouwbaarheid voor de totaalscore is .84. Ook de concurrent validiteit is hoog gebleken, waarbij is vergeleken met vragenlijsten die tevens stoornissen meten, waaronder depressie, zoals de 'Beck Depression Inventory (BDI)' en de 'Zung Self-Rating Depression Scale'. De Chronbachs alpha van dit huidige onderzoek is .904 gebleken en is wederom een hoog niveau van interne consistentie.

Statistische analyses

Voor de analyse van de data is gebruik gemaakt van het statistische computerprogramma IBM SPSS 22. De groep cliënten waarvan de gegevens zijn geanalyseerd binnen dit onderzoek, dus het gebruikte deel van de gehele steekproef, is dusdanig groot dat van normaliteit kan worden uitgegaan.

Om het *behandeleffect* te meten, is gekeken naar zowel de grootte van de verandering op de score van de vragenlijst, als naar de (score)range waarbinnen de cliënt valt, zoals beschreven door De Jong en collega's (2008). Vervolgens is het behandel-effect getoetst middels een t-toets voor gepaarde waarnemingen, waarbij is gekeken naar het verschil tussen de voor- en nameting van de OQ-45.2 (voormeting min nameting). Er is getoetst bij een alfawaarde van .05.

Vervolgens is voor de overige analyses de variabele 'behandeleffect' dichotoom gemaakt ('normaal' versus 'disfunctioneel'), volgens de cut-off score van 55 punten, zoals beschreven door De Jong en collega's (2008). Middels enkelvoudige logistische regressieanalyse is getoetst of er een verband is tussen de onafhankelijke variabele *geslacht* het de afhankelijke variabele *behandeleffect*. Deze analyse is tevens gedaan met als onafhankelijke variabelen *ernst* en *comorbide angststoornis*. De afhankelijke variabele *behandeleffect* is binair gecodeerd (0=geen, 1=wel). De onafhankelijke variabelen zijn categoriaal gecodeerd, te weten: *geslacht* (0=man, 1=vrouw), *ernst* (1=licht, 2=matig, 3=ernstig) en *comorbide angststoornis* (0=geen, 1=wel).

Vervolgens is de onafhankelijke invloed van de voorspellers *geslacht*, *ernst* en *comorbide angststoornis* op de afhankelijke variabele *behandeleffect* nader onderzocht, door de voorspellers op elkaars invloed te corrigeren, middels een meervoudige logistische regressieanalyse. Er is gebruik gemaakt van de methode ‘forced entry’, waarbij de regressie-variabelen in één keer zijn toegevoegd aan het model.

Tevens is een correlatiematrix gemaakt, om eventuele multicollineariteit te analyseren. Enkel statistisch significante onderlinge correlaties zijn beschouwd als een correlatie die een storende invloed kan hebben op de analyses en waarbij vervolgens rekening mee gehouden dient te worden.

RESULTATEN

Kenmerken participanten

Tabel 1 geeft de kenmerken van de participanten betreffende de determinanten *geslacht*, *ernst* en *comorbide angst* weer. Onder de participanten waren ongeveer twee maal zo veel vrouwen als mannen aanwezig. Het grootste deel van de participanten, namelijk ongeveer de helft, had een ‘matige’ depressie. Ongeveer een derde deel van de participanten had een ‘lichte’ depressie en een zeer klein deel een ‘ernstige’ depressie. Het overige tiende deel van de participanten had een vorm van depressie die behoort tot de categorieën ‘niet-gespecificeerd’, ‘gedeeltelijk in remissie’ of ‘volledig in remissie’. Tot slot had ongeveer een vijfde deel van de participanten een comorbide angststoornis, had twee-derde deel enkel een depressie en had een zesde deel overige comorbide stoornissen.

Tabel 1. *Kenmerken Participanten betreffende Determinanten Geslacht, Ernst en Comorbide Angst*

Determinanten	Aantal (%)			
Geslacht	<i>Man</i> : 313 (37.2 %)	<i>Vrouw</i> : 528 (62.8%)		
Ernst	<i>Licht</i> : 246 (29.3%)	<i>Matig</i> : 473 (56.2%)	<i>Ernstig</i> : 28 (3.3%)	<i>Overig</i> : 94 (11.2%)
Comorbide angst	<i>Geen</i> : 537 (63.9%)	<i>Wel</i> : 168 (20%)	<i>Overig</i> : 136 (16%)	

Behandeleffect

Ten behoeve van de eerste deelvraag, is het behandeleffect geanalyseerd. Tabel 2 geeft de gemiddelden, standaarddeviaties, minimumscores en maximumscores op de OQ-45.2 weer.

Tabel 2. *Overzicht van Scores op de OQ-45.2*

	Gemiddelde	Standaarddeviatie	Minimum	Maximum
Voormeting	82.00	20.11	16	155
Nameting	58.75	26.15	3	149
Verschil	23.24	23.29	-50	84

Op de voormeting scoorden 78 participanten (9.27%) onder de 55 punten, en scoorden 763 participanten (90.73%) 55 punten of hoger. Op de nameting scoorde 409 participanten (48.63%) onder de 55 punten, en scoorden 432 participanten (51.37%) 55 punten of hoger. Na de behandeling is het aantal participanten dat in de ‘normale’ range verkeert, dus vervijfvoudigd.

Daarnaast laten 541 participanten (64.33%) een betrouwbare verschilscore zien tussen de voormeting en nameting van minimaal 14 punten. Gemiddeld genomen ligt de verschilscore tussen de voor- en nameting hoger dan de betrouwbare toename van minimaal 14 punten [$M=23.24$, $SD=23.29$].

De t-toets voor gepaarde waarnemingen laat een significante verbetering zien tussen de voor- en nameting bij een alpha van .05 [$M_{t0}=82.0$; $M_{t1}=58.75$; $t=28.95(840)$, $p<.01$], met een effectgrootte van $d=.998$.

Univariate invloed voorspellers

Ten behoeve van de tweede, derde en vierde deelvraag is uit de enkelvoudige logistische regressieanalyse gebleken dat er geen significant effect was van zowel de voorspeller *geslacht* [$Wald=.003$, $p=.959$], *ernst* [$Wald= 1.169$, $p=.557$] als *comorbide angststoornis* [$Wald=1.418$, $p=.234$] op het behandel-effect bij een alpha van .05 (zie Tabel 3).

Het logistische regressiemodel toonde betreffende alle drie voorspellers geen verband aan tussen de voorspellers en het behandel-effect (zie Tabel 3). De voorspellende accuraatheid van het regressiemodel is 64.3% betreffende de variabele *geslacht*, 64% betreffende de variabele *ernst* en 64.4% betreffende de variabele *comorbide angststoornis*, wat dezelfde voorspellende accuraatheid is zónder gebruikmaking van het regressiemodel, opdat het model geen voorspellende waarde toevoegt.

Tabel 3. De Univariate Invloed van Geslacht, Ernst en Comorbide Angststoornis op het Behandeleffect van drie losse Enkelvoudige Regressiemodellen

Determinanten	B	S. E.	Wald	P-waarde	OR	B.I van O.R.	
						-	+
Geslacht (Man=0, Vrouw=1)	0.00	0.15	0.00	0.959	0.99	.74	1.33
Model fit: Chi-kwadraat=.003, Nagelkerke=.00, p=.959							
Ernst	-	-	1.17	0.557	-	-	-
(Licht =1)	0.12	0.42	0.09	0.767	1.13	.50	2.56
(Matig =2)	-.06	0.41	0.02	0.891	0.94	.43	2.10
(Ernstig =3)	0.59	0.39	2.22	0.136	1.80	-	-
Model fit: Chi-kwadraat =1.177, Nagelkerke=.002, p=.555							
Comorbide angst (0=Geen, 1=Wel)	0.22	0.18	1.42	0.234	1.24	.87	1.77
Model fit: Chi-kwadraat=1.407, Nagelkerke=.003, p=.236							

* Codering van de afhankelijke variabele 'behandeleffect' (0= Geen, 1=Wel)

Multivariate invloed voorspellers

Kijkend naar de vijfde deelvraag, bleek het multivariate logistische regressiemodel, net als bij het univariate logistische regressiemodel, niet significant op de data te passen. Uit de meervoudige logistische regressieanalyse is gebleken dat er geen significante invloed is van zowel de voorspeller *geslacht* [Wald=.63, p=.428], *ernst* [Wald=.96, p=.62] als *comorbide angststoornis* [Wald=3.68, p=.055] op het behandeleffect bij een alpha van .05 (zie Tabel 4).

Tabel 4. Multivariate Invloed van Geslacht, Ernst en Comorbide Angststoornis op het Behandeleffect van een Meervoudig Regressiemodel

Determinanten	B	S. E.	Wald	P-waarde	O.R.	B.I van O.R.	
						-	+
Geslacht (M=0, V=1)	-0.14	0.17	0.63	0.428	0.87	.62	1.22
Ernst	-	-	0.96	0.620	-	-	-
Licht (=1)	0.85	0.44	0.04	0.848	1.09	.46	2.60
Matig (=2)	-.09	0.43	0.04	0.835	0.91	.39	2.13
Ernstig (=3)	0.37	0.45	0.68	0.411	1.45	-	-
Comorbide angst (0=Geen, 1=Wel)	0.37	0.19	3.68	0.055	1.45	.09	2.11
Model fit: Chi-kwadraat =5.086, Nagelkerke= .011, p=.279							

* Codering van de afhankelijke variabele 'behandeleffect' (0= Geen, 1=Wel)

Intercorrelaties

De correlatiematrix (zie tabel 5) laat zien dat de onderlinge correlaties tussen de voorspellende variabelen variëren van .004 (zeer zwak) tot .069 (matig), waarvan geen enkele correlatie significant is gebleken bij een alpha van .05.

Tabel 5. *Correlatiematrix met de Intercorrelaties van alle Variabelen*

Variabelen	1	2	3
1. Geslacht	-		
2. Ernst	-.004	-	
3. Comorbide angst	.069*	-.008	-

* $p < .10$

DISCUSSIE

Het doel van dit onderzoek was om de effectiviteit van de behandeling van Mindfit te onderzoeken voor cliënten die lijden aan een depressieve stoornis, evenals de eventuele invloed op het behandelings-effect van de determinanten *geslacht*, *ernst* van de depressie aan het begin van de behandeling en het hebben van een *comorbide angststoornis*. Dit tevens met het oog op eventuele risico's die de veranderingen binnen het huidige zorgstelsel met zich meebrengt, wat de vraag doet rijzen of de problematiek van de cliënten die tegenwoordig binnen de generalistische basis-GGZ worden behandeld wel geschikt is om te kunnen worden behandeld binnen de eerstelijnszorg.

Behandeleffect

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat er een significante verbetering heeft plaatsgevonden op de OQ-score bij de nameting ten opzichte van de voormeting, met een effectgrootte van $d=.998$. Dit impliceert een positieve uitkomst betreffende de effectiviteit van de behandeling voor cliënten met een depressie bij Mindfit. Tevens lijkt deze uitkomst een aanwijzing te zijn dat de behandeling bij Mindfit geen negatieve invloed ondervindt van het nieuwe zorgstelsel, zoals dit van te voren eventueel werd verondersteld. Mindfit lijkt de problemen van cliënten met een depressie goed te kunnen behandelen binnen de eerste lijn. Echter, om hier nader uitspraak over te kunnen doen wordt vervolgonderzoek aanbevolen, waarbij een voldoende betrouwbaar en valide onderzoek dat is uitgevoerd binnen het oude zorgstelsel wordt gerepliceerd binnen het nieuwe huidige zorgstelsel. Op die wijze is het kader van het zorgstelsel de enige variërende variabele, wat een meer betrouwbare vergelijking mogelijk maakt tussen beide zorgstelsels. Dit in tegenstelling tot de huidige vergelijking, waarbij het huidige onderzoek is

vergeleken met voorgaande onderzoeken die betreffende meerdere aspecten verschillen dan alleen het zorgstelsel.

Verder lijkt de gevonden effectgrootte van .998 vergelijkbaar met de effectgrootte uit een meta-analyse van Cuijpers en Dekker (2005), waar een gemiddelde effectgrootte van .9 werd gevonden. Dit huidige onderzoek verschilt echter met de onderzoeksopzetten van de onderzoeken uit de meta-analyse, aangezien daar meerdere behandelingen met elkaar zijn vergeleken of een behandeling is vergeleken met een placebobehandeling, op een wachtlijst staan of geen interventie. Binnen dit huidige onderzoek is de behandelgroep echter niet met een andere behandeling of groep vergeleken, wat waarschijnlijk een overschattend effect heeft op de effectgrootte in vergelijking met de effectgroottes uit de meta-analyse. Zodoende wordt vervolgonderzoek aanbevolen waarbij gebruik wordt gemaakt van een controlegroep, zoals cliënten die op de wachtlijst staan.

Verder zijn, in tegenstelling tot gecontroleerde trials, uitvallende cliënten in dit onderzoek niet meegenomen wanneer ze het behandeltraject nog niet hebben afgerond, het cliëntprofiel te zwaar was voor de basis GGZ, het vermoeden van een depressieve stoornis niet is bevestigd of de behandeling voortijdig is beëindigd op initiatief van de behandelaar of cliënt. Echter is het bijvoorbeeld mogelijk dat cliënten of behandelaars de behandeling voortijdig hebben beëindigd, omdat deze niet effectief is. Derhalve bestaat binnen dit huidige onderzoek het risico op overschatting van de effecten. Bovendien is er vanwege deze exclusiecriteria sprake van een selectieve steekproef en zijn de resultaten niet te generaliseren. Zodoende wordt vervolgonderzoek aanbevolen waarbij de resultaten worden geanalyseerd middels de 'intention-to-treat' analyse, dus dat rekening wordt gehouden met cliënten die de behandeling voortijdig hebben beëindigd, opdat een nog realistischer beeld van de werkelijkheid kan worden weergegeven.

Vervolgens is het zo dat, kijkend naar vergelijkbaar onderzoek waarbij het behandel-effect van CGT op depressie is onderzocht, de vraag rijst in hoeverre de inhoud van de behandelingen in de studies vergelijkbaar is. Zo wordt er in de meta-analyse van Cuijpers en Dekker (2005) uitgegaan van een volledige CGT-behandeling, terwijl er over de omvang en de vorm van CGT zoals dit binnen de behandeling bij Mindfit is gegeven weinig bekend is. Derhalve wordt aanbevolen om hier in volgend onderzoek een nauwkeurig inzicht in te verkrijgen, door per cliënt gegevens betreffende de omvang en vorm van CGT te verzamelen, opdat de behandeling op inhoudelijk niveau kan worden vergeleken met voorgaand onderzoek.

Een sterkte van het huidige onderzoek is het gebruikte meetinstrument, dat een goede validiteit en betrouwbaarheid heeft. Tevens sluit het meetinstrument goed aan bij de onderzochte doelgroep, namelijk cliënten met een depressieve stoornis en die eventueel lijden aan een comorbide angststoornis, aangezien de items in de vragenlijst zich met name richten op symptomen en problemen betreffende depressie en angst. Tevens heeft de vragenlijst een hoge concurrent validiteit, waarbij is vergeleken met vragenlijsten die onder andere depressie meten. Daarnaast geeft de onderzoeksopzet een hoge mate van ecologische validiteit, aangezien sprake is van een natuurlijke populatie. De participanten zijn, evenals

de behandelaars, tijdens de behandeling niet beïnvloed door het onderzoek, wat een eventueel Hawthorne effect uitsluit.

Invloed determinanten op behandel­effect

Er is geen invloed gevonden van de determinanten *geslacht*, *ernst* en *comorbide angststoornis* op het behandel­effect. Deze resultaten komen echter niet overeen met voorgaand onderzoek. Deze discrepantie lijkt te duiden op een tweetal mogelijke verklaringen. De eerste verklaring is dat het behandel­effect, zoals uit de resultaten is gebleken, inderdaad onafhankelijk is van de onderzochte determinanten. Dit lijkt een positieve implicatie te zijn voor het zorgaanbod, aangezien dit zou inhouden dat de behandeling effectief is ongeacht deze factoren. Verder zou dit betekenen dat de verandering binnen het huidige zorgstelsel, waarbij cliënten met een zwaardere vorm van depressie lichtere zorg krijgen dan voorheen, geen invloed lijkt te hebben op de effectiviteit van de behandeling zoals dit van te voren eventueel werd verondersteld. Echter, de tweede mogelijke verklaring voor de discrepantie tussen de uitkomsten van huidig en voorgaand onderzoek, is een lage validiteit door zwakke punten binnen het onderzoek, zoals bijvoorbeeld de eerder beschreven gehanteerde exclusiecriteria. Om hier nader uitspraak over te kunnen doen, wordt vervolgonderzoek aanbevolen.

Een sterk punt binnen dit onderzoek dat de uitkomsten betreffende de invloed van de determinanten versterkt, is dat tussen de voorspellers enkel zeer zwakke tot matige correlaties zijn gevonden, wat aantoont dat er geen sprake is van multicollineariteit wat de uitkomsten mogelijk­erwijs zou kunnen hebben beïnvloed.

Invloed geslacht

De resultaten impliceren dat de behandeling van Mindfit bij cliënten die lijden aan een depressie even effectief is voor zowel mannen als vrouwen. De resultaten zijn echter enigszins in tegenspraak met onderzoek van Weinberger en collega's (2010), waar eventuele geslachtsverschillen wel zijn verondersteld. Aanbevolen wordt om dit nader te onderzoeken, waarbij wordt geadviseerd om eventuele geslachtsverschillen op behandel­effect niet als deelaspect te onderzoeken, zoals binnen dit huidige onderzoek is gedaan, maar om eventuele geslachtsverschillen op behandel­effect als hoofdonderwerp te onderzoeken. Hierbij kunnen allerlei verschillende aspecten van de behandeling worden meegenomen, zoals hoe beide geslachten reageren op alle verschillende inhoudelijke onderdelen van de behandeling, hoe beide geslachten reageren op verscheidene kenmerken van de behandelaars, zoals geslacht, leeftijd, werkwijze, en of er verschillen zijn betreffende de verschillende behandel­locaties.

Invloed ernst

De resultaten impliceren dat de behandeling bij Mindfit even effectief is voor cliënten met zowel een lichte, matige als zware depressie. Deze resultaten zijn echter in tegenspraak met de uitkomsten uit een

systematische review en meta-analyse van Locher en collega's (2015), waarbij naar voren is gekomen dat een hogere mate van ernst van depressie aan het begin van de behandeling een ongunstig effect heeft op de behandeluitkomsten bij depressie. Zoals beschreven, zou deze discrepantie meerdere redenen kunnen hebben. Zo zou het kunnen zijn dat de verandering van het zorgstelsel in plaats van een negatief effect, juist een positief effect heeft op de invloed van ernst op het behandelresultaat, door de invloed hiervan op het gedrag van de cliënt. De cliënten kregen eerder namelijk een 'zwaardere' vorm van behandeling. Het benadrukken van de ernst van problematiek kan bijdragen aan een zelfbeeld met een hoge mate van slachtofferschap, hulpbehoevendheid en afhankelijkheid, wat vervolgens kan leiden tot verdere destabilisatie (Timm, 2015), en dus een negatief effect kan hebben op de behandeling. Wanneer echter een beroep wordt gedaan op de eigen verantwoordelijkheid, zelfredzaamheid en kracht van de cliënt, kan dit de cliënt empoweren, wat een positief effect kan hebben op de behandeling (De Vries, 2010). Het zou zo kunnen zijn dat het krijgen van een 'lichtere' vorm van zorg een appel doet op de eigen verantwoordelijkheid, zelfredzaamheid en kracht van de cliënt, wat de cliënt empowert en een positief effect heeft op de behandeling. Betreffende dit punt wordt aanbevolen om een kwalitatief onderzoek uit te voeren, en middels diepte-interview te analyseren hoe de cliënten de zorg die zij ontvangen ervaren.

Invloed comorbide angststoornis

Kijkend naar de eventuele invloed van een *comorbide angststoornis* op het behandelresultaat, is geen invloed gevonden. De huidige resultaten zijn echter in tegenspraak met voorgaand onderzoek, waaruit is gebleken dat het hebben van een comorbide angststoornis een negatieve invloed heeft op remissie van depressie (Kelly & Mezuk, 2006; Petersen et al., 2009; Spinhoven et al., 2012). Zoals beschreven, zou deze contradictie verschillende oorzaken kunnen hebben. Zo zou het kunnen dat de behandeling die bij Mindfit wordt gegeven dermate afwijkt van de behandeling uit voorgaand onderzoek, dat het slecht te vergelijken is. Het zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat de behandeling bij voorgaand onderzoek zich enkel richtte op depressie, maar dat binnen Mindfit zowel de depressie als de comorbide angststoornis is behandeld. Over dergelijke mogelijkheden is echter geen verdere uitspraak te doen, aangezien er binnen dit huidige onderzoek weinig inhoudelijk bekend is geweest over de behandeling bij Mindfit. Zodoende wordt aanbevolen om in volgend onderzoek inzicht te verkrijgen in de inhoudelijke aspecten van de behandeling bij Mindfit, zodat de behandeling meer op inhoudelijk niveau kan worden onderzocht en vergeleken met voorgaand onderzoek.

Conclusie

Samenvattend is te concluderen dat de behandeling van Mindfit voor cliënten die lijden aan een depressie, effectief lijkt te zijn. Hoewel van te voren werd verondersteld dat de verandering binnen het huidige zorgstelsel eventueel een negatieve invloed zou kunnen hebben op de huidige zorg, lijken de

huidige uitkomsten hier niet op te wijzen. Echter, om hier nader uitspraak over te kunnen doen, is nader onderzoek aanbevolen.

Daarnaast lijken de voorspellers *geslacht*, *ernst* van depressie bij aanvang van de behandeling en het hebben van een *comorbide angststoornis* geen invloed te hebben op het behandel-effect. Deze uitkomsten komen echter niet overeen met voorgaand onderzoek, en deze discrepantie lijkt een tweetal mogelijkheden te impliceren. De eerste mogelijkheid is dat het behandel-effect inderdaad onafhankelijk is van de onderzochte determinanten, wat een positieve implicatie lijkt te zijn voor zowel het zorgaanbod als het veranderde zorgstelsel. Een andere mogelijkheid is echter dat huidig onderzoek een lage validiteit heeft door zwakke punten binnen het onderzoek. Om hier nader uitspraak over te kunnen doen, is vervolgonderzoek aanbevolen. Hoewel vervolgonderzoek nodig is, heeft het huidige onderzoek reeds bijgedragen aan inzicht en theorievorming.

LITERATUUR

- Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, M. K., Gorman, J. M., & Woods, S. W. (2010). Cognitive-behavior therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 32(2), 185-192. doi:10.1007/s10862-009-9151-3
- Angstman, K. B., Shippee, N. D., MacLaughlin, K. L., Rasmussen, N. H., Wilkinson, J. M., Williams, M. D., & Katzelnick, D. J. (2013). Patient self-assessment factors predictive of persistent depressive symptoms 6 months after enrollment in collaborative care management. *Depression And Anxiety*, 30(2), 143-148.
- Barkow, K., Maier, W., Üstün, T. B., Gänssicke, M., Wittchen, H., & Heun, R. (2003). Risk factors for depression at 12-month follow-up in adult primary health care patients with major depression: an international prospective study. *Journal Of Affective Disorders*, 76(1-3), 157-169. doi:10.1016/S0165-0327(02)00081-2
- Beck, J., S. (2013). *Cognitieve gedragstherapie*. Amsterdam: Nieuwezijds B.V.
- Beckstead, D. J., Hatch, A. L., Lambert, M. J., Eggett, D. L., Goates, M. K., & Vermeersch, D. A. (2003). Clinical significance of the Outcome Questionnaire (OQ-45.2). *The Behavior Analyst Today*, 4(1), 86-97. doi:10.1037/h0100015
- CBS (2016). Meer dan 1 miljoen Nederlanders had depressie. Verkregen op 4 maart 2017 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/04/meer-dan-1-miljoen-nederlanders-had-depressie>.
- Cuijpers, P., & Dekker, J. (2005). Psychologische behandeling van depressie; een systematisch overzicht van meta-analysen. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 149(34).
- Dimence Groep (2014). *Jaarverslag Dimence Groep*. Verkregen op 3 maart 2017 via <https://www.jeugdggz.com/sites/default/files/folders/Jaardocument%202014%20DG%20OOD.pdf>.
- Edmondson, O. H., & MacLeod, A. K. (2015). Psychological well-being and anticipated positive personal events: Their relationship to depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(5), 418-425. doi:10.1002/cpp.1911
- Henkel, V., Seemüller, F., Obermeier, M., Adli, M., Bauer, M., Kronmüller, K., & Möller, H. (2011). Relationship between baseline severity of depression and antidepressant treatment outcome. *Pharmacopsychiatry*, 44(1), 27-32.
- Jong, de, K. M., Nugter, A., Lambert, M. J., Burlingame, G. M. (2008). *Handleiding voor afname en scoring van de outcome questionnaire*. Verkregen op 25 maart 2017 via <http://www.reflectum.nl/wp-content/uploads/2015/10/Handleiding-OQ-45.pdf>.
- Kelly, K. M., & Mezuk, B. (2016). Predictors of remission from generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal Of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2016.10.042
- King-Kallimanis, B., Gum, A. M., & Kohn, R. (2009). Comorbidity of depressive and anxiety

- disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 782-792. doi:10.1097/JGP.0b013e3181ad4d17
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110. doi:10.1002/jclp.20741
- Levenson, J. C., Wallace, M. L., Fournier, J. C., Rucci, P., Frank, E. (2012) The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 80(5): 719–729.
- Lin, C., Chen, C., Wang, F., & Lane, H. (2013). Percentage reduction of depression severity versus absolute severity after initial weeks of treatment to predict final response or remission. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(4), 265-272. doi:10.1111/pcn.12046
- Locher, C., Kossowsky, J., Gaab, J., Kirsch, I., Bain, P., & Krummenacher, P. (2015). Moderation of antidepressant and placebo outcomes by baseline severity in late-life depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal Of Affective Disorders*, 181: 50-60. doi:10.1016/j.jad.2015.03.062
- NetQ (2017). *Wat is Routine Outcome Monitoring?* Verkregen op 25 maart 2017 via <https://www.netqhealthcare.nl/ggz/meetinstrumenten/routine-outcome-monitoring/>.
- Petersen, T., Andreotti, C. F., Chelminski, I., Young, D., & Zimmerman, M. (2009). Do comorbid anxiety disorders impact treatment planning for outpatients with major depressive disorder? *Psychiatry Research*, 169(1), 7-11. doi:10.1016/j.psychres.2008.10.036
- Rijksoverheid (2016). *Invoering BasisGGZ*. Verkregen op 4 maart 2017 via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/12/19/informatie-website-invoeringbasisggz-nl>.
- Sato, T., Sakado, K., Sato, S., Morikawa, T. (1994). Cluster a personality disorder: a marker of worse treatment outcome of major depression? *Psychiatry Res.* 53(2), 153–159.
- Spinhoven, P., Rooij, de, M., Heiser, W., Smit, J. H., & Penninx, B. H. (2012). Personality and changes in comorbidity patterns among anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 874-884. doi:10.1037/a0028234
- Timm, M. (2015). Deconstructing pathology: A narrative view of the intake process. *Journal Of Constructivist Psychology*, 28(4), 316-328. doi:10.1080/10720537.2014.984884
- Twomey, C., O'Reilly, G., & Byrne, M. (2015). Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: A meta-analysis. *Family Practice*, 32(1), 3-15. doi:10.1093/fampra/cmu060
- Vries, S. de (2010). *Basismethodiek psychosociale hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Weinberger, A. H., McKee, S. A., & Mazure, C. M. (2010). Inclusion of women and gender-specific analyses in randomized clinical trials of treatments for depression. *Journal Of Women's Health*, 19(9), 1727-1732. doi:10.1089/jwh.2009.1784

Weitz, E. S., Hollon, S. D., Twisk, J., van Straten, A., Huibers, M. H., David, D., & Cuijpers, P. (2015). Baseline depression severity as moderator of depression outcomes between cognitive behavioral therapy vs pharmacotherapy: An individual patient data meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(11), 1102-1109. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1516

BIJLAGEN

Bijlage I: Outcome Questionnaire (OQ-45.2)

Outcome Questionnaire (OQ®-45.2)

Instructie: Help ons begrijpen hoe u zich de afgelopen week, inclusief vandaag, heeft gevoeld. Lees elke vraag goed door en kruis het vakje aan onder de categorie die uw huidige situatie het beste beschrijft. In deze vragenlijst wordt 'werk' gedefinieerd als een baan, school, huishoudelijk werk, vrijwilligerswerk etc.

Naam: _____ Leeftijd: _____ jaar

Client nr.: _____ Sekse: M V

Sessie nr.: _____ Datum - - _____

	Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Bijna Altijd	SD BESTEMD VOOR BEHANDELAAR	IR	SR
1. Ik kan goed overweg met anderen.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/>	
2. Ik word gauw moe.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
3. Ik ben nergens in geïnteresseerd.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
4. Ik sta onder stress op het werk/op school.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			<input type="checkbox"/>
5. Ik geef mezelf overal de schuld van.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
6. Ik ben geïrriteerd.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
7. Ik ben ongelukkig in mijn huwelijk/relatie	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/>	
8. Ik denk erover om een einde aan mijn leven te maken.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
9. Ik voel me zwak.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
10. Ik ben angstig.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
11. Na zwaar gedronken te hebben, moet ik de volgende morgen weer drinken om op gang te komen (als u niet drinkt, 'Nooit' aankruisen).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
12. Ik vind bevrediging in mijn school/werk.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			<input type="checkbox"/>
13. Ik ben een tevreden mens.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>		
14. Ik werk/studeer te veel.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			<input type="checkbox"/>
15. Ik heb het gevoel dat ik waardeloos ben.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
16. Ik maak me zorgen over problemen in mijn familie.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/>	
17. Ik heb een onbevredigend seksleven.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/>	
18. Ik voel me eenzaam.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
19. Ik heb vaak ruzie.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
20. Ik voel me bemind en welkom.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/>	
21. Ik geniet van mijn vrije tijd.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>		
22. Ik vind het moeilijk om me te concentreren.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
23. Ik voel me hopeloos over de toekomst.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
24. Ik waardeer mezelf.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>		
25. Er komen verontrustende gedachten in mij op die ik niet kwijt kan raken.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
26. Ik erger me aan mensen die kritiek hebben op mijn drinken (of drugsgebruik) (Indien niet van toepassing, 'Nooit' aankruisen).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
27. Ik heb last van mijn maag.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
28. Ik werk/studeer niet zo hard als vroeger.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			<input type="checkbox"/>
29. Mijn hart bonst teveel.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
30. Ik vind het moeilijk om met vrienden en goede kennissen om te gaan.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
31. Ik ben tevreden met mijn leven.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>		
32. Ik heb moeilijkheden op het werk/school door mijn drinken of drugsgebruik (indien niet van toepassing, 'Nooit' aankruisen).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
33. Ik heb het gevoel dat er iets ergs gaat gebeuren.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
34. Ik heb spierpijn.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
35. Ik ben bang voor open ruimten, autorijden, of in de bus, trein, enz. rijden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
36. Ik ben nerveus.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
37. Ik vind dat de relatie met mijn naasten (bijv. ouders, partner, kinderen, vrienden) goed is.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/>	
38. Ik heb het gevoel dat het niet goed gaat met mijn school/werk.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
39. Ik heb teveel meningsverschillen op het werk/op school.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
40. Ik heb het gevoel dat er iets mis is met mijn verstand/geest.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
41. Ik kan moeilijk in slaap vallen of doorslapen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
42. Ik voel me neerslachtig.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
43. Ik ben tevreden met mijn relaties met anderen.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/>	
44. Ik ben zo kwaad op het werk/op school dat ik iets kan doen waarvan ik spijt zou kunnen krijgen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		
45. Ik lijd aan hoofdpijn.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>		

Developed by Michael J. Lambert, Ph.D. and Garry M. Burlingame, Ph.D.
© Copyright 1996 OQ Measures LLC.
All Rights Reserved. License Required For All Uses.

For More Information Contact:

OQ MEASURES LLC
E-MAIL: INFO@OQMEASURES.COM
WEB: WWW.OQMEASURES.COM
TOLL-FREE: 1-888-MH SCORE, (1-888-647-2673)
FAX: 801-747-6900

+ +
Totaal=