

Bob van Wijngaarden  
Daniëlle Meije  
Ineke Kok

**Het onderscheidend vermogen  
van een Consumer Quality Index  
voor kortdurende ambulante  
geestelijke gezondheidszorg  
en verslavingszorg**

## **Colofon**

*Opdrachtgever*  
Ministerie VWS  
ZonMw

*Financiering*  
Ministerie VWS  
ZonMw  
Twintig deelnemende instellingen

*Projectleiding*  
Bob van Wijngaarden  
Ineke Kok

*Projectuitvoering*  
Bob van Wijngaarden  
Daniëlle Meije

*Begeleidingscommissie*  
Programma Zichtbare Zorg (voorheen Stuurgroep Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit)

© 2008, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>1</b>
1.1	Pilotonderzoek psychometrische kwaliteiten	2
1.2	Pilotonderzoek onderscheidend vermogen	3
<b>2</b>	<b>Methode</b>	<b>7</b>
2.1	Setting	7
2.2	Privacyprotocol en contract	8
2.3	Steekproeftrekking	9
2.4	Dataverzameling	10
2.5	Analyse	10
<b>3</b>	<b>Resultaten</b>	<b>13</b>
3.1	Koppeling achtergrondbestanden	13
3.2	Bruto respons	13
3.3	Non-respons analyse	15
3.4	Kwaliteit van de data	17
3.5	Factoranalyse	18
3.6	Belangvragenlijst	22
3.7	Reductie van het aantal vragen in de CQI	24
3.8	Samenhang tussen de schalen	28
3.9	Samenhang tussen de schaalwaarden en achtergrondgegevens	28
3.10	Multi-level analyses voor het discriminerend vermogen	34
<b>4</b>	<b>Conclusie</b>	<b>39</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>43</b>
	<b>Bijlagen:</b>	
Bijlage 1:	Versie 2.0 CQI	45
Bijlage 2:	Versie 1.0 Belangvragenlijst	58
Bijlage 3:	Privacyprotocol	69
Bijlage 4:	Contract	79
Bijlage 5:	Steekproeftrekking	87
Bijlage 6:	Protocol dataverzameling	89
Bijlage 7:	Begeleidende brief CQ-index	93
Bijlage 8:	Begeleidende brief belangvragenlijst	95
Bijlage 9	Diagnoseverdeling per aanbieder	97
Bijlage 10	Multi-level analyse	99
Bijlage 11	Grafieken multi-level analyses	107
Bijlage 12	Gegevens dataset jaarverantwoording (op basis van onverkorte schalen)	125
Bijlage 13	Grafieken Indicatoren Basisset	127
Bijlage 14	Definitieve CQI kortdurend ambulante ggz en vz	135



# 1 Inleiding

In 2006-2007 is door het Trimbos-instituut in opdracht van het Ministerie van VWS en in samenwerking met het NIVEL, een eerste versie van een CQ-index (CQI) voor gebruik in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en verslavingszorg (vz) ontwikkeld (versie 1.0). Al snel was duidelijk dat een CQI voor de ggz als geheel niet mogelijk was. Anders dan bij welomschreven medische ingrepen of ziektebeelden bestaat 'de ggz' niet. Er is, naast een grote verscheidenheid aan diagnoses, sprake van zowel kortdurende als (zeer) langdurende zorg, van klinische, ambulante en deeltijdbehandeling, van curatieve en verblijfspsychiatrie, van groot- en kleinschalige voorzieningen, van zorgcircuits, en van specialismen als geriatrie en jeugd- en forensische psychiatrie. Deze behandelvormen kunnen niet worden opgevat als één geheel, oftewel als dé ggz en dé vz. Bijvoorbeeld cliënten uit de langdurende verblijfspsychiatrie verschillen aanzienlijk van cliënten met een kortdurende op genezing gerichte behandeling. Cliënten uit de eerste categorie hebben vaak cognitieve belemmeringen - in veel gevallen een direct gevolg van de stoornis -, kunnen zich vaak niet goed concentreren, zijn vaak verward, en zijn vaak moeilijk te motiveren. Cliënten uit de tweede categorie functioneren over het algemeen goed, ook op cognitief niveau.

Gezien de grote verschillen tussen cliëntengroepen lag het niet voor de hand één CQI voor de gehele ggz en vz te ontwikkelen, maar bij een deelpopulatie te beginnen. In eerste instantie werd gekozen voor het ontwikkelen van een CQI voor de kortdurende ambulante ggz en vz. Twee redenen lagen hieraan ten grondslag. In de eerste plaats maakt deze groep ongeveer 70% van het totale cliëntenbestand in de ggz en vz uit en, zoals hierboven beschreven, kan in de tweede plaats verwacht worden dat deze cliënten het beste in staat zijn zelfstandig een CQ-index in te vullen. Ingeschat werd dat de methodiek van de CQI vragenlijsten die geregeld leidt tot redelijk omvangrijke vragenlijsten (te) moeilijk en/of te inspannend kunnen zijn voor cliënten met een ernstig of chronisch ziektebeeld<sup>1</sup>.

De CQI kortdurende ambulante ggz en vz werd volgens de handleiding van het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) ontwikkeld (Sixma et al., 2007). Aan de hand van twee focusgroepen met cliënten uit de doelgroep werden de belangrijkste thema's vastgesteld en vragen geformuleerd voor versie 1.0 van de CQI. Vervolgens werd een eerste pilot naar de psychometrische kwaliteiten van de vragenlijst uitgevoerd. Versie 1.0 van de CQI bevatte 113 vragen.

---

<sup>1</sup> Inmiddels is een vooronderzoek uitgevoerd onder 50 cliënten uit de klinische en langdurende ggz en vz. Daaruit blijkt dat de afname bij cliënten in een klinische setting en cliënten in Beschermd Wonen en Begeleid Zelfstandig Wonen mogelijk is, al dan niet met begeleiding van een interviewer of in de vorm van een interview (van Wijngaarden et al., 2008a, 2008b).

## *1.1 Pilotonderzoek psychometrische kwaliteiten*

Voor het pilotonderzoek naar de psychometrische kwaliteiten werden in totaal 1540 vragenlijsten uitgezet bij vijf geïntegreerde ggz-aanbieders. De bruto respons bedroeg 32%, met een variatie van 21 tot 36% tussen de aanbieders. De netto respons bedroeg gemiddeld 30.8% (van Wijngaarden et al., 2007). Deze respons was (veel) lager dan die in CQI onderzoek bij somatische aandoeningen (50 tot 75%). Op het eerste gezicht leek er sprake te zijn van een geringere bereidheid – of een geringer vermogen – om aan het onderzoek deel te nemen. Een andere oorzaak voor de lagere respons was wellicht gelegen in het feit dat een aantal respondenten de CQI ten onrechte had ontvangen. Zij waren bijvoorbeeld niet meer in behandeling, maar stonden nog steeds ingeschreven. Van 77 gevallen (5.0%) is bekend dat de CQI ten onrechte was verzonden. Deze lijsten werden leeg teruggestuurd. Hoeveel lijsten in totaal onterecht zijn verzonden, is niet bekend. Het is goed mogelijk dat een deel van de non-respons hieraan te wijten is.

Uit de non-responsanalyse bleek dat er een significante oververtegenwoordiging was van vrouwen (65.7% versus 53.2% in de non-responsgroep) en oudere respondenten (ouder dan 45 jaar) in de responsgroep. Een overigens bekend verschijnsel bij dit type onderzoek. Op de overige achtergrondvariabelen waren de verschillen tussen respons en non-respons niet te toetsen, omdat hiervoor de data van de non-responders ontbraken. Van de respondenten was meer dan 80% in Nederland geboren, de overigen vooral in Suriname, Marokko of Turkije. Het opleidingsniveau varieerde van minder dan lagere school tot universiteit, met als grootste categorie een opleiding op MAVO/VMBO-niveau. Deze verdeling naar geboorteland en opleidingsniveau komt overeen met de landelijke cijfers ([www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)).

De vragenlijsten waren over het algemeen goed ingevuld. Het percentage missende waarden per item bedroeg gemiddeld 4% of lager. In totaal 82.4% van de lijsten was vrijwel volledig, met minder dan vijf missings op een totaal van 113 vragen. Slechts negen lijsten bevatten meer dan 40 missende waarden. De respondenten hadden wel moeite gehad met de selectievragen. In ongeveer 10% van de gevallen werden vragen die moesten worden overgeslagen tóch beantwoord. Een grote meerderheid (86.5%) van de respondenten gaf aan dat de CQI gemakkelijk in te vullen is. Daarentegen had 12.6% hulp had gekregen bij het invullen van de vragenlijst, zoals het voorlezen van de vragen. Het invullen van de CQI duurde meestal minder dan twintig minuten (71.4%). Een minderheid (11.5%) deed er langer dan 30 minuten over.

Op de vragen naar de ervaringen van cliënten werd een Principale Componenten Analyse met Varimax rotatie en listwise deletion uitgevoerd, met als voorwaarde dat een factorlading groter moest zijn dan 0.40 en lager dan 0.30 op één van de andere factoren. In het geval van dubbele ladingen werd het item wordt toegekend aan de factor waarop deze het hoogste laadde. Verder moest een schaal minimaal drie items bevatten. Deze factoranalyse resulteerde in zeven beteke-

nisvolle schalen (thema's) met een interne consistentie van minimaal 0.70 (tabel 1). In totaal vijftien vragen waren niet schaalbaar.

**Tabel 1** Factorstructuur van versie 1.0 van de CQI

<b>Factor</b>	<b>N items</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
Ervaren functioneren	4	0.95
Bejegening door hulpverlener	10	0.86
Informatie over cliëntenrechten	6	0.77
Informatie over de behandeling	4	0.72
Communicatie tussen behandelaars	3	0.70
Informatie over medicatie	3	0.69
Deskundigheid hulpverlener	3	0.75

Samenvattend kon worden gesteld dat de cliënten die respondeerden goed in staat waren de CQI in te vullen. Ook de kwaliteit van de data en de vorming van betekenisvolle schalen wees er op dat de CQI geschikt is voor afname bij cliënten die een kortdurende ambulante ggz-behandeling (hebben) ontvangen. De vraag was echter of de lage respons deze resultaten had vertekend, bijvoorbeeld omdat alleen de best functionerende cliënten respondeerden (van Wijngaarden & Kok, 2008).

### *1.2 Pilotonderzoek onderscheidend vermogen*

Conform de richtlijnen van het Centrum Klantervaring Zorg wordt voor de ontwikkeling van een CQI een tweede pilotonderzoek uitgevoerd waarin het onderscheidend vermogen van de vragenlijst wordt onderzocht. Volgens het Handboek CQI Meetinstrumenten zijn hiervoor minimaal 20 te onderzoeken aanbieders nodig (Sixma et al., 2007). Voor deze studie werd gekozen voor een vertegenwoordiging van alle aanbieders die kortdurende ambulante ggz of vz leveren, zoals geïntegreerde ggz-aanbieders, vz-aanbieders, zogeheten 'nieuwe' aanbieders, zelfstandige RIAGG's, en PAAZ/PUK'en. Hoewel het laatste type zorgaanbieders zich niet als ggz-aanbieder hoeft te verantwoorden, behoren zij qua cliëntenpopulatie hier wel toe. Gezien het feit dat de CQI Ziekenhuiszorg niet goed bij de PAAZ'en aansluit, is besloten de CQI ook bij tenminste één PAAZ/PUK af te nemen.

In de eerste pilot was de Belangvragenlijst niet afgenomen. Dit omdat er twijfel bestond aan de mogelijkheid de CQI bij ggz-clieuten af te nemen, mede gezien de omvang van de lijst. De toevoeging van een sectie belangvragen leek een te grote belasting voor de respondenten. De afname van de Belangvragenlijst werd hierdoor opgenomen in de tweede pilot. Hiervoor werd per deelnemende aanbieder een tweede steekproef getrokken van cliënten aan wie alleen de Belangvragenlijst werd verstuurd.

De pilot werd uitgevoerd met een herziene en ingekorte versie van de CQI (versie 2.0). Zeer scheef verdeelde vragen en vragen die niet door de cliënt waren begrepen waren uit deze versie verwijderd. Ook werd het aantal doorkiesvragen zo veel mogelijk beperkt. Versie 2.0 van de CQI voor kortdurende ggz en vz be-

stond daardoor uit 79 vragen, tegen 113 vragen in versie 1.0. In bijlage 1 is versie 2.0 van de CQI opgenomen, en in bijlage 2 de bijbehorende Belangvragenlijst (versie 1.0).

De afname van omvangrijke papieren vragenlijsten is een kostbare zaak, zeker gezien de voorgeschreven procedure waarbij tot drie keer een herinnering wordt gestuurd. Afname via het internet wordt steeds meer een haalbare optie, gezien het toenemende aantal huishoudens dat beschikt over een computer met internetverbinding. Er was bij de start van de tweede pilot nog geen ervaring met het afnemen van een internetversie van de CQI. Besloten werd een digitale versie facultatief aan te bieden. Cliënten konden de keuze maken tussen een papieren vragenlijst of een digitale vragenlijst via internet. De digitale versies van de CQI en de Belangvragenlijst werden door de afdeling Interview & Datamanagement van het Trimbos-instituut vervaardigd met behulp van de programmatuur van NetQuestionnaires (NetQ).

De tweede pilot werd in de periode december 2007 – juni 2008 uitgevoerd. Deze studie werd voornamelijk gefinancierd door het Ministerie van VWS. Bij de eerste pilot was de verzending en verwerking van de vragenlijsten uitbesteed aan een externe partner (Mailstreet bv). De kosten van deze dataverzameling waren betaald door de Stichting Miletus, toentertijd een samenwerkingsverband van de zorgverzekeraars Agis, VGZ, Menzis en Delta Lloyd<sup>2</sup>. De dataverzameling van de tweede pilot werd uitgevoerd door de afdeling Interview & Datamanagement (IDM) van het Trimbos-instituut. De Stichting Miletus was niet bereid de dataverzameling wederom te bekostigen. In overleg met de koepelorganisatie GGZ Nederland werd daarop besloten de dataverzameling van de CQI door de deelnemende aanbieders zelf te laten financieren. In ruil daarvoor zouden deze aanbieders de uitkomsten van het onderzoek mogen gebruiken voor de vulling van de Basisset Prestatie-indicatoren ten behoeve van hun Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) over het jaar 2007 (Basisset, 2007). Het opstellen van een privacyprotocol en de dataverzameling voor de Belangvragenlijst werd gefinancierd door ZonMw.

In dit rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van dit tweede pilotonderzoek. In eerste instantie zal worden ingegaan op de relatie tussen non-respons en achtergrondgegevens, met name de diagnose van de cliënten. De vraag is of de aard van de diagnose aanleiding geeft tot een selectieve uitval van specifieke cliëntengroepen. Vervolgens wordt op de dataset een nieuwe factoranalyse uitgevoerd, ter controle op de factoranalyse uit de eerste pilot. Als derde worden de uitkomsten van de Belangvragenlijst besproken.

Bij de ontwikkeling van de CQI voor kortdurende ambulante ggz en vz is altijd gestreefd naar een zo beknopt mogelijke vragenlijst, teneinde de belasting van de cliënten zo veel mogelijk te beperken. Aan de hand van de uitkomsten van de factoranalyse en het belang van de diverse aspecten wordt onderzocht welke vragen uit de lijst kunnen worden verwijderd.



Vervolgens wordt besproken wat de relatie is tussen de aard van de diagnostiek en de ervaringen van cliënten, gemeten met de CQI. Afsluitend wordt het onderscheidend vermogen van de CQI besproken en wordt aangegeven op welke wijze aanbieders hun resultaten kunnen aanleveren voor de Basisset Prestatie-indicatoren.

---

<sup>2</sup> Inmiddels hebben zich vrijwel alle zorgverzekeraars zich bij de Stichting Miletus aangesloten.



## 2 Methode

### 2.1 Setting

Voor de deelname aan het onderzoek werden ggz- en vz-aanbieders in het gehele land benaderd. Uit een adressenlijst met alle aanbieders werd in eerste instantie een aselechte steekproef van 25 aanbieders genomen. Per aanbieder werd vervolgens contact gezocht met de kwaliteitsmedewerkers. Een aantal aanbieders meldde zich zelf aan bij het Trimbos-instituut, omdat zij graag met de CQI ervaring wilden opdoen. Naast de reguliere zorgaanbieders werd actief gezocht naar deelnemers uit de categorie 'nieuwe aanbieders', zoals netwerken van zelfstandige werkende psychiaters, psychologen en psychotherapeuten.

In eerste instantie werden 23 aanbieders bereid gevonden aan de tweede pilot deel te nemen. Drie daarvan haakten alsnog af, twee omdat het onderzoek toch te veel interfereerde met ander lopend onderzoek, en één omdat de datamanager was vertrokken en er nog geen vervanger was die de steekproef kon trekken. Er resteerden twintig aanbieders die zijn weergegeven in tabel 2<sup>3</sup>.

Tabel 2 Deelnemende aanbieders

<b>Aanbieder</b>	<b>GGZ</b>	<b>VZ</b>	<b>RIAGG</b>	<b>Nieuwe aanbieder</b>	<b>PAAZ</b>
Altrecht	X				
AMC/De Meren	X				
Delta Psychiatrisch Centrum	X				
GGZ Midden-Brabant	X				
GGZ Noord- en Midden-Limburg	X				
Lentis	X				
Mediant geestelijke gezondheidszorg	X				
Mondriaan Zorggroep	X				
Centrum Maliebaan		X			
IrisZorg		X			
JellinekMentrum		X			
Novadic-Kentron		X			
Tactus		X			
RIAGG Amersfoort en omstreken			X		
RIAGGz over de IJssel			X		
RiaggZuid			X		
Molemann Mental Health Clinics bv				X	
Psychologenpraktijk Lionarons				X	
PsyQ				X	
Stichting Antonius/Mesos					X

<sup>3</sup> In dit rapport worden uit privacy-overwegingen de deelnemende instellingen verder niet met naam en toenaam genoemd, en alleen met nummers worden aangegeven. Deze nummers corresponderen niet met de volgorden van instellingen in tabel 2. Elke aanbieder weet zelf welk nummer men heeft.

## *2.2 Privacyprotocol en contract*

Omdat de verzending van de vragenlijsten door de afdeling IDM van het Trimbos-instituut zou plaatsvinden, was het noodzakelijk goede afspraken te maken over de bescherming van persoonsgegevens. In de eerste pilot waren, naast de namen en adressen van de aan te schrijven (ex)cliënten, van iedereen het geslacht en de leeftijd aangeleverd, ten behoeve van de non-responsanalyse. Het feit dat ambulante ggz- en vz-cliënten een grote verscheidenheid aan diagnoses kunnen hebben, naast de verwachting dat de aard van de diagnose van invloed kan zijn op de door de cliënt ervaren kwaliteit van de hulpverlening, was aanleiding van alle cliënten in de steekproef hun primaire diagnose op te vragen. Deze toevoeging leidde tot bezwaren bij een aantal deelnemende aanbieders. Door het afgeven van diagnostische gegevens aan derden, het Trimbos-instituut, zou men zich niet houden aan de Wet Bescherming Persoonsgegevens, en dus in overtreding zijn. Dit probleem werd voorgelegd aan de juridisch adviseur van het Trimbos-instituut en getoetst aan de Beroepscode voor psychologen 2007 van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP, 2007) en de Gedragscode Gezondheidsonderzoek van de Stichting Federatie van Medisch Wetenschappelijke Verenigingen (SFWV, 2004). De bevindingen werden vastgelegd in een privacyprotocol, waarin gedetailleerd werd uiteengezet op welke wijze met de gegevens zou worden omgesprongen. Afspraken hieromtrent werden ook vastgelegd in een contract tussen het Trimbos-instituut en de aanbieder. Om de privacy zo goed mogelijk te beschermen, werd een procedure vastgesteld waarin de cliëntgegevens in twee gescheiden bestanden werden aangeleverd. Eén bestand met alleen adresgegevens werd aangeleverd aan de afdeling IDM, via een met een code beveiligde email bijlage. Aan deze adresgegevens werden door IDM codenummers toegevoegd. Deze codenummers werden op de vragenlijsten aangebracht voor de verzending. Aan de hand van de codenummers van de geretourneerde vragenlijsten kon worden bepaald aan wie een reminder moest worden gestuurd. Na afloop van de dataverzameling ontvingen de onderzoekers alleen het gecodeerde bestand. De adresgegevens werden door IDM verwijderd en vernietigd. De achtergrondgegevens werden apart naar de onderzoekers gestuurd en door hen aan de hand van de codenummers aan het databestand gekoppeld. Op deze wijze konden de onderzoekers diagnostische gegevens niet herleiden tot personen.

Ondanks het privacyprotocol wilden vijf aanbieders hun cliëntgegevens liever niet afgeven. Met deze aanbieders werd een aangepaste procedure afgesproken, waarbij IDM codenummers aan deze aanbieders leverde. Deze codenummers werden vervolgens door de aanbieders zelf aan het steekproefbestand gekoppeld, waarna zij zelf de verzending van de vragenlijsten verzorgden. Deze aangepaste procedure werd ook opgenomen in het contract. Het privacyprotocol en het contract zijn weergegeven in bijlagen 3 en 4.

### 2.3 Steekproeftrekking

Op basis van de eerste pilot werd een netto respons van ruim 30% verwacht. In navolging van het Handboek CQI Meetinstrumenten werd gestreefd naar een netto respons van 100 respondenten per aanbieder, wat een steekproef van 300 (ex)cliënten noodzakelijk maakte. Verder werd besloten per aanbieder een extra steekproef van 100 (ex)cliënten te trekken, ten behoeve van de Belangvragenlijst. Op deze wijze werd gestreefd, uitgaande van dezelfde responspercentages, naar een totale steekproef van  $20 \times 100 \times 30\% = 600$  ingevulde Belangvragenlijsten.

Per aanbieder werd een steekproef van in principe 500 cliënten getrokken, die voldeden aan de inclusiecriteria. Deze criteria waren aangescherpt als gevolg van de ervaringen in de eerste pilot. In die pilot bleek namelijk dat een aantal cliënten al langer dan een jaar uit zorg was, terwijl zij nog wel stonden ingeschreven. Hierdoor kreeg minimaal 5% van de cliënten de CQI onterecht toegezonden (van Wijngaarden et al., 2007). In de nieuwe inclusiecriteria werd opgenomen dat een cliënt gedurende de drie maanden voorafgaand aan de steekproeftrekking tenminste één behandelcontact moest hebben gehad. Zie voor een gedetailleerde beschrijving van de inclusiecriteria bijlage 5. Per aanbieder werd door de eigen datamanager vastgesteld hoeveel cliënten aan de inclusiecriteria voldeden. Dit aantal werd doorgegeven aan de onderzoekers van het Trimbos-instituut, die uit dit aantal aselect 500 volgnummers trokken. Deze lijst volgnummers werd weer aan de aanbieder teruggestuurd met het verzoek om op basis van die volgnummers de steekproef uit te voeren en het adressenbestand op te sturen. Bij ontvangst werd uit de 500 namen en adressen door IDM weer een steekproef van 300 (voor de CQI) en een steekproef van 100 (voor de Belangvragenlijst) getrokken. De overige namen werden in reserve gehouden, mocht de respons tegenvallen. In drie gevallen werd van deze procedure afgeweken. Eén aanbieder had in totaal slechts 235 cliënten die binnen de inclusiecriteria vielen. Besloten werd aan al deze cliënten de CQI toe te zenden. De Belangvragenlijst werd bij deze aanbieder niet afgenomen. Eén aanbieder wilde een grotere steekproef voor de CQI, omdat men de uitkomsten tussen meerdere locaties wilde vergelijken, en afzien van de afnemen van de Belangvragenlijst. In totaal 468 cliënten kregen hier de CQI toegezonden. De derde aanbieder wilde, ook om tussen locaties te kunnen vergelijken, eveneens een grotere steekproef voor de CQI afname. Van deze aanbieders kregen 500 cliënten de CQI en 100 cliënten de Belangvragenlijst toegezonden. Voor meer details over de steekproeftrekking zie bijlage 6.

## 2.4 Dataverzameling

Bij de verzending van de vragenlijsten werd gebruik gemaakt van de (door het CKZ verplichte) Dillman methode (Dillman, 2000). Dit betekent dat de volgende procedure werd gevolgd:

- Verzenden van de vragenlijst met een begeleidende brief en een antwoorderselofte. Behalve de vragenlijst werd ook een beveiligde internetlink bijgevoegd. In de brief werd aangegeven dat men zelf mocht kiezen of men de vragenlijst op papier wilde invullen of via het internet.
- Eén week na de eerste verzending: alle cliënten kregen wederom een brief, waarin een dankwoord voor het invullen van de vragenlijst en een herinnering voor het geval dit nog niet was gebeurd.
- Vier weken na de eerste verzending: alle cliënten waarvan nog geen reactie was ontvangen kregen opnieuw een brief en een vragenlijst toegestuurd. Onder reactie werd verstaan: lijst teruggestuurd, al of niet ingevuld, of een mondelinge of schriftelijke weigering.
- Zeven weken na de eerste verzending: alle cliënten waarvan nog geen reactie was ontvangen kregen een herinneringsbrief toegestuurd.

Voor zowel de CQI als de Belangvragenlijst werd dezelfde procedure toegepast. In het geval dat de aanbieder de dataverzameling zelf uitvoerde werd een aanpaste procedure gebruikt. De aanbieder werd dan door IDM geïnformeerd van welke cliënten nog geen respons was ontvangen, zodat zij een herinnering konden sturen.

De vragenlijsten werden verstuurd in een envelop van de aanbieder en de begeleidende brief werd gedrukt op het briefpapier van de aanbieder. Er werd voor alle aanbieders gebruik gemaakt van dezelfde standaardtekst. De dataverzamelingsprocedure en de begeleidende brieven zijn weergegeven in bijlagen 6, 7 en 8.

De dataverzameling vond plaats in de periode december 2007 t/m juni 2008. Gezien het grote aantal te versturen vragenlijsten (8203 bij de eerste verzending) en de verwerkingscapaciteit van IDM werd de dataverzameling in drie tranches uitgevoerd.

## 2.5 Analyse

Op de data is, na schoning, opnieuw een factoranalyse uitgevoerd als controle op de factoranalyse uit de eerste pilot. Verder is een non-respons analyse uitgevoerd op de achtergrondvariabelen van de gehele steekproef, inclusief diagnostiek. Aan de hand van de uitkomsten van de Belangvragenlijst en de uitkomsten van de factoranalyse is daarna onderzocht in hoeverre de CQI voor de kortdurende ambulante ggz en vz verder kan worden ingekort, zonder dat dit afbreuk doet aan de psychometrische kwaliteiten van het instrument.

Ten slotte is onderzocht of het mogelijk is om met de CQI verschillen tussen de aanbieders te kunnen meten. Dit is onderzocht aan de hand van een multilevel

regressieanalyses in MLwiN. Deze analyse levert twee soorten uitkomsten op. Ten eerst 'intra class correlaties' (ICC) die aangeven welk percentage van de totale variantie is toe te schrijven aan verschillen tussen de aanbieders, waarbij een hoger percentage een groter verschil aangeeft. Door middel van een tweezijdige  $\chi^2$ -toets kan hierbij worden bepaald of deze verschillen significant zijn.

Een tweede uitkomst van de multilevel regressieanalyse is de verdeling van de scores van de aanbieders in drie klassen. Deze drie klassen worden gebruikt als keuze-informatie op kiesBeter.nl, het zogeheten 'sterrensysteem'. De indeling in klassen geschiedt aan de hand van de gemiddelde schaalscore en het bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsinterval van elk aanbieder. In het geval dat ondergrens van het betrouwbaarheidsinterval hoger is dan het gemiddelde van alle aanbieders samen, krijgt de desbetreffende aanbieder drie sterren toegekend. In het geval dat de bovengrens lager is dan het groepsgemiddelde krijgt de desbetreffende aanbieder één ster. Wanneer het groepsgemiddelde binnen het betrouwbaarheidsinterval valt krijgt de aanbieder twee sterren. De uitkomsten van de sterrenindeling kunnen afwijken van die van de  $\chi^2$ -toets op de ICC's. In de regressieanalyse worden alle scores met elkaar vergeleken, en de onderlinge verschillen kunnen te klein zijn voor significantie. De scores tussen de uitersten kunnen echter wel significant zijn. Dit is waarmee bij de indeling in drie groepen wel rekening wordt gehouden. Aanbieders met één ster wijken significant af van aanbieders met drie sterren, maar dat hoeft niet te zeggen dat beide groepen significant afwijken van aanbieders met twee sterren.

De multilevel analyses zijn meerdere malen uitgevoerd, op ongecorrigeerde data en gecorrigeerd voor achtergrondgegevens. Bij de CQI wordt standaard gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en ervaren gezondheidstoestand, omdat uit onderzoek bekend is dat deze variabelen van invloed zijn op de waardering van cliënten voor ontvangen gezondheidszorg (Sixma et al., 2007). Naast deze zogeheten 'case mix adjustment', zijn ook aanvullende analyses uitgevoerd met als correctievariabelen het aantal aangemeldklachten en de wijze van afname van de CQI (papieren vragenlijst of via de computer).





### 3 Resultaten

#### 3.1 Koppeling achtergrondbestanden

Ondanks de afspraken die in de contracten werden gemaakt over het aanleveren van achtergrondbestanden, leverde de koppeling met deze bestanden problemen op. Een deel van de aanbieders heeft deze bestanden niet aangeleverd, ook niet na herhaalde verzoeken. Ook bleken bestanden niet te koppelen, omdat code-nummers niet overeenkwamen. In één geval had een aanbieder die zelf de verzending heeft verricht, eigen coderingen op de vragenlijsten aangebracht waardoor een koppeling onmogelijk was. In twee gevallen leek de koppeling dermate onbetrouwbaar dat van de bestanden geen gebruik is gemaakt. Verder waren niet alle bestanden compleet, en ontbraken bijvoorbeeld het geslacht of de leeftijd. In tabel 3 is aangegeven welke achtergronddata uiteindelijk beschikbaar waren. Voor twaalf aanbieders zijn diagnosegegevens beschikbaar, voor twaalf aanbieders de leeftijd van de cliënten en voor zeventien aanbieders het geslacht. In negen gevallen is het achtergrondbestand compleet.

**Tabel 3 Beschikbare achtergrondbestanden**

Aanbieder	Diagnose	Leeftijd	Geslacht
1	X	X	X
2			X
3			X
4			X
5	X	X	X
6		X	X
7			X
8	X	X	X
9	X		X
10	X	X	X
11			X
12	X	X	X
13			X
14	X	X	X
15			
16	X	X	
17	X	X	
18	X	X	X
19	X	X	X
20	X	X	X

#### 3.2 Bruto respons

Van de 6403 verstuurde CQI vragenlijsten werden er 2630 teruggezonden, een gemiddelde respons van 41.1%. Hiervan bleken er slechts 19 (0.7%) onterecht te zijn verzonden. De respons van de Belangvragenlijst was 774 van de 1800 (43.0%). Hiervan bleken er zes (0.8%) ten onrechte te zijn verzonden. Na verwijdering van deze lijsten resteerde een gemiddelde bruto respons van 40.8%

voor de CQI en 42.7% voor de Belangvragenlijst.

Hoewel de respons van de tweede pilot als geheel hoger uitkwam dan die van de eerste, was er tussen de aanbieders sprake van grote verschillen in respons, variërend van 20.8 tot 57.7% voor de CQI en van 26.0 tot 66.0% voor de Belangvragenlijst (tabel 4). De verslavingszorgaanbieders scoorden op de CQI gemiddeld de laagste respons (36.3%), gevolgd door de RIAGG's (38.1%) en de geïntegreerde ggz-aanbieders (41.4%). De PAAZ en de 'nieuwe aanbieders' scoorden gemiddeld boven de 50% respons. De verdeling van de respons op de Belangvragenlijst is vrijwel identiek. Het is overigens niet zo dat alle Riagg's en ggz- en verslavingszorgaanbieders slechter scoorden. Een geïntegreerde ggz-aanbieder bijvoorbeeld had een respons boven de 50%.

Gemiddeld 10.2% van de vragenlijsten was via internet ingevuld. Per aanbieder varieerde dit van 4.7% voor cliënten van een vz-aanbieder tot 19.8% voor een geïntegreerde ggz-aanbieder.

**Tabel 4** Bruto respons per aanbieder

Aanbieder	CQ-index			Belangvragenlijst		
	Verzonden (N)	Ingevuld retour (N)	Bruto respons (%)	Verzonden (N)	Ingevuld retour (N)	Bruto respons (%)
1	300	112	37.3	100	40	40.0
2	300	137	45.7	100	33	33.0
3	300	102	34.0	100	38	38.0
4	300	107	35.7	100	33	33.0
5	300	122	40.7	100	48	48.0
6	300	121	40.3	100	34	34.0
7	300	94	31.3	100	26	26.0
8	300	146	48.7	100	44	44.0
9	300	155	51.7	100	52	52.0
10	300	139	46.3	100	36	36.0
11	300	127	42.3	100	51	51.0
12	300	130	43.3	100	49	49.0
13	235	49	20.9	--	--	--
14	300	132	44.0	100	48	48.0
15	300	172	57.3	100	60	60.0
16	300	86	28.7	100	37	37.0
17	468	197	42.1	--		
18	500	263	52.6	100	66	66.0
19	400	127	31.8	100	41	41.0
20	300	93	31.0	100	32	32.0
Totaal	6403	2611	40.8	1800	768	42.7

De verschillen in respons lijken gedeeltelijk samen te hangen met het type aanbieder en de daarbij behorende doelgroep. De verschillen binnen typen aanbieders zijn lastiger te verklaren. Eén van de contactpersonen van een aanbieder met een relatief hoge respons gaf aan dat dit wellicht te maken had met het feit dat men veel aandacht aan de introductie van het onderzoek had besteed, onder

andere door het inschakelen van de cliëntenraad en het rondsturen van een informatiebrief.

### 3.3 Non-respons analyse

De diagnostische gegevens werden in de meeste gevallen aangeleverd als DSM-IV as-1 codes. In twee gevallen was de diagnose weergegeven in hoofdgroepen (bijvoorbeeld stemmingsstoornis). Gezien het grote aantal verschillende unieke codes, werden deze waar mogelijk samengenomen in hoofdgroepen. Dit leidde uiteindelijk in een indeling in achttien categorieën, weergegeven in tabel 5.

**Tabel 5 Respons op CQI per hoofdgroep diagnoses (N=4033)**

<b>Hoofdgroepen</b>	<b>Totaal (%)</b>	<b>Respons (%)</b>	<b>Non-respons (%)</b>
Stemmingsstoornis	23.5	25.0	22.6
Misbruik alcohol	13.9	13.6	14.1
Angststoornis	13.6	14.6	13.0
Aanpassingsstoornis***	10.9	12.9	9.5
Relatieprobleem	5.5	5.8	5.3
Cognitief probleem	3.3	3.0	3.6
Psychose	3.3	3.0	3.5
Misbruik cannabis	3.0	2.5	3.4
Gedragsprobleem	2.7	2.8	2.5
Misbruik cocaïne***	2.2	1.4	2.7
Persoonlijkheidsstoornis	2.0	1.6	2.3
Tabaksverslaving	1.8	2.0	1.7
Overige verslaving***	1.8	0.9	2.3
Somatoforme stoornis	1.7	1.6	1.7
Eetstoornis	1.4	1.9	1.1
Misbruik opiaat	1.1	0.7	1.3
Overig/onbekend***	4.5	2.4	5.9
Uitgestelde diagnose	3.7	4.1	3.5

\*\*\* Chi<sup>2</sup>-toets: p<.001

Uit tabel 5 blijkt dat er over alle aanbieders samengenomen sprake is van een vrijwel gelijke verdeling van diagnoses over de respons en non-respons groepen. Een chi<sup>2</sup>-toets geeft wel aan dat er sprake is van een significant verschil, veroorzaakt door een oververtegenwoordiging van cliënten met een aanpassingsstoornis, en een ondervertegenwoordiging van cliënten met een cocaïne of overige verslaving in de responsgroep en – met name – van een ondervertegenwoordiging van cliënten met een overige of onbekende diagnose.

Over de gehele linie is er – zoals verwacht - sprake van een oververtegenwoordiging van vrouwen en van gemiddeld oudere cliënten in de responsgroep. De responsgroep bestaat voor 52.4% uit vrouwen tegen 45.5% in de non-responsgroep. De gemiddelde leeftijd van de responsgroep is 41.2 jaar tegen 38.5 jaar in de non-responsgroep.

**Tabel 6 Non-responsanalyse**

Aanbieder	Respons (%)	Diagnose <sup>1</sup>	Leeftijd <sup>2</sup>	p	%-age vrouw <sup>3</sup>	p
1	37.3	n.s.	39.4 36.3	.033	o o	n.s.
2	45.7	--	--		+ -	.005
3	34.0	--	--		+ -	n.s.
4	35.7	--	--		o o	n.s.
5	40.7	n.s.	43.6 41.3	.050	+ -	n.s.
6	40.3	--	45.0 45.0	n.s.	+ -	n.s.
7	31.3	--	--		+ -	n.s.
8	48.7	n.s.	41.8 38.8	.024	o o	n.s.
9	51.7	> stemmingsstoornis < somatoform p = .058	--		+ -	n.s.
10	46.3	n.s.	37.2 36.1	n.s.	- +	n.s.
11	42.3	--	--		+ -	n.s.
12	43.3	n.s.	41.0 37.2	.005	- +	n.s.
13	20.9	--	--		+ -	n.s.
14	44.0	n.s.	39.6 35.0	.001	- +	n.s.
15	57.3	--	--		--	
16	28.7	n.s.	38.6 36.9	n.s.	--	
17	42.1	n.s.	41.8 41.6	n.s.	--	
18	52.6	n.s.	42.0 38.8	.002	o o	n.s.
19	31.8	n.s.	42.0 39.2	.029	+ -	.034
20	31.0	> alcoholmisbruik < andere verslaving p = .006	43.5 39.6	.008	+ -	n.s.

<sup>1</sup> Diagnosegroepen die zijn over- of ondervertegenwoordigd in de responsgroep

<sup>2</sup> Gemiddelde leeftijd in de responsgroep (boven) en non-responsgroep (onder)

<sup>3</sup> Relatieve over- of ondervertegenwoordiging in respons- en non-responsgroep (o=gelijk, +=relatief meer, -=relatief minder)

Omdat er sprake is van verschillende typen aanbieders met verschillende populaties cliënten (zie bijlage 9) is de respons en non-respons ook per aanbieder apart onderzocht. De resultaten hiervan zijn weergegeven in tabel 6. De over-

vertegenwoordiging van vrouwen en oudere cliënten wordt ook per aanbieder teruggelaten, hoewel deze verschillen niet altijd significant (n.s.) zijn. Dit geldt met name voor de man-vrouw verdeling. Desondanks laten de analyses op leeftijd en geslacht de bekende trend zien. Vrouwen en oudere personen zijn eerder geneigd aan dit type onderzoek deel te nemen. De verschillen zijn echter gering.

Wat betreft de verdeling van diagnose over respons en non-respons worden nauwelijks verschillen gevonden. Bij één verslavingszorgaanbieder is sprake van een selectieve non-respons. Cliënten met een alcoholverslaving zijn oververtegenwoordigd in de responsgroep, cliënten met andere verslavingen (vooral cocaïne en opiaten) zijn ondervertegenwoordigd. Bij een andere aanbieder is er sprake van een (niet significante) trend. Cliënten met een stemmingsstoornis zijn iets oververtegenwoordigd in de responsgroep en cliënten met een somatoforme stoornis iets ondervertegenwoordigd.

Wat betreft de etnische achtergrond en het opleidingsniveau werd vrijwel dezelfde verdeling gevonden als bij de eerste pilot. Ruim 80% van de respondenten is in Nederland geboren, de overigen vooral in Turkije, Marokko of Suriname. Het meest voorkomende opleidingsniveau is middelbaar beroepsonderwijs, vergelijkbaar met de landelijke cijfers ([www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)).

Samengevat is er over alle aanbieders samen sprake van een selectieve non-respons op geslacht, leeftijd en diagnose. Hierbij is er vooral uitval van cliënten met een vorm van verslaving. Dat blijkt ook uit de analyses op aanbiedersniveau. Cliënten die cocaïne of opiaten gebruiken responderen minder vaak dan cliënten die alcohol misbruiken. Op aanbiedersniveau blijkt er echter verder geen sprake te zijn van een significante selectieve uitval.

### *3.4 Kwaliteit van de data*

De vragenlijsten zijn over het algemeen goed ingevuld. In 49.4% van de gevallen ontbreekt er geen enkel antwoord en in 94.6% van de gevallen ontbreken maximaal tien antwoorden. Daarentegen is er een beperkte groep respondenten die de lijst zeer onvolledig hebben geretourneerd. In totaal 28 respondenten hadden meer dan 30% van de vragen niet beantwoord. Deze zijn uit het bestand verwijderd. Het percentage missende waarden per vraag was over het algemeen minder dan 5%. Uitzonderingen waren de vragen over het behandelplan (vragen 33 t/m 35), met 6% missende waarden en de vragen over het naar wens uitvoeren van het behandelplan (vragen 66 en 67) eveneens met 6% missende waarden. Het lijkt of onbekendheid met de term 'behandelplan' hier van invloed is. Cliënten geven vaak ook aan geen behandelplan te hebben. De vragen worden gebruikt voor de Basisset Prestatie-indicatoren en blijven dus gehandhaafd in de definitieve versie (versie 4.0) van de CQI.

De doorkiesvragen leverden – in tegenstelling tot de eerste pilot – weinig problemen op. In minder dan 4% van de gevallen zijn vragen ten onrechte overgeslagen en dat geldt met één uitzondering ook voor vragen die ten onrechte wel werden beantwoord. Alleen vraag 60 (het rapportcijfer over de behandeling)

werd in bijna 6% van de gevallen onterecht beantwoord. Alle ten onrechte beantwoorde vragen zijn gecorrigeerd naar 'niet van toepassing'.

In totaal 12.1% van de respondenten had hulp gekregen bij het invullen. Dit betrof vooral het voorlezen van de vragen en hulp bij taalproblemen. In 45 gevallen had een ander de vragen voor de respondent beantwoord. Deze 45 casussen zijn uit het databestand verwijderd.

Ook de Belangvragenlijst was goed ingevuld. In vrijwel alle gevallen was er sprake van minder dan 5% missende waarden op de vragen. Alleen de vragen over het meebeslissen over het behandelplan werden – net zoals bij de CQI - vaker gemist (5.7%). Bij negen vragenlijsten was er sprake van meer dan 25% missende waarden. Deze zijn verwijderd uit het databestand. Datzelfde geldt voor de elf vragenlijsten die door een ander werden ingevuld.

Deze opschoning van de data leverde een gemiddelde netto respons op van 2538 CQI vragenlijsten (39.6%) en 748 Belangvragenlijsten (41.5%). Deze respons is weergegeven in tabel 7.

**Tabel 7 Responspercentages**

	<b>CQ-index</b>		<b>Belangvragenlijst</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Verzonden	6403		1800	
Retour	2630	41.1	774	43.0
Ten onrechte verzonden	19		6	
Bruto respons	2611	40.8	768	42.7
> 30% missing	28		9	
Door ander ingevuld	45		11	
Netto respons	2538	39.6	748	41.5

### 3.5 Factoranalyse

Op de dataset werd wederom een factoranalyse uitgevoerd. Hierbij werden dezelfde criteria gebruikt als bij de factoranalyse in de eerste pilot. Dat wil zeggen een Principale Componenten Analyse met Varimax rotatie en listwise deletion. De factoren werden in principe samengesteld op grond van een minimale factorlading van 0.40 op één factor en een factorlading van niet meer dan 0.30 op een van de andere factoren. Verder kon pas worden gesproken van een schaal als deze minimaal drie items omvatte.

Versie 2.0 van de CQI bevat 36 ervaringsvragen die voor iedereen gelden. Op één na (vraag 5 over langer dan 15 minuten wachten in de wachtkamer, met een maximale factorlading van 0.27) konden deze vragen bij een factor worden ingedeeld (zie tabel 7). De analyse leverde acht factoren op met een verklaarde variantie van 59.3%. In totaal 28 van de 36 vragen laden op één enkele factor. Eén vraag (meebeslissen over de behandeling) laadt  $\geq 0.40$  op twee factoren en  $\geq 0.30$  op een derde, en zes vragen laden  $\geq 0.40$  op één factor en  $\geq 0.30$  op een tweede factor. Het betreft de cursief aangegeven vragen in tabel 8. Zes factoren bevatten drie of meer vragen, maar bij twee factoren (F6 en F7) is er sprake van

slechts twee vragen die in elk geval tot deze factoren behoren, zodat er geen schalen van konden worden gevormd. Bij de andere vragen die op deze factoren laden was er sprake van een hogere lading op één van de andere factoren.

De dubbel ladende vragen werden in eerste instantie toegewezen aan de factor waarop zij de hoogste lading hebben. Aan de hand van de testen op interne consistentie en op inhoudelijke gronden (waar zou een vraag het beste bij horen) werd getest welke keuze de beste was (welke combinatie levert de hoogste waarde voor Cronbach's  $\alpha$  op).

**Tabel 8 Factoranalyse op vragen die voor iedereen geldig zijn**

<b>Nr</b>	<b>Vraag</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>F5</b>	<b>F6</b>	<b>F7</b>	<b>F8</b>
4	Snel afspraak					.66			
6	Telefoon kantooruren					.80			
7	Buiten kantooruren					.74			
9	Info behandelmogelijkheid			.64					
10	Info aanpak behandeling			.59					
11	Info omgaan met klachten			.60					
12	Info lichamelijke oorzaken			.64					
13	Info resultaat			.62					
14	Info betrekken familie			.45					
19	<i>Info behandeling elders</i>		.43				.39		
20	<i>Info alternatieven</i>		.42				.37		
21	Info rechten en plichten		.66						
22	Info inzien dossier		.74						
23	Info second opinion		.75						
24	Info klachtenprocedure		.78						
27	Voorkeur behandeling						.74		
28	Kiezen soorten behandeling						.77		
29	Kiezen behandelaar							.58	
30	Kiezen tijdstip behandeling							.72	
25	Begrijpelijke uitleg	.47							
31	<i>Meebeslissen behandeling</i>	.43					.33	.40	
37	<i>Voldoende tijd</i>	.55							.30
38	<i>Aandachtig luisteren</i>	.70							.35
39	Beleefd	.82							
40	Respect	.83							
41	Serius	.77							
42	Geïnteresseerd	.72							
43	Persoonlijke achtergrond								.50
45	<i>Begrijpt klachten</i>	.34							.70
46	<i>Stelt juiste vragen</i>			.30					.68
66	Juiste aanpak								.71
67	Naar wens uitgevoerd								.67
48	Functioneren				.88				
49	Omgaan met klachten				.89				
50	Oordeel klachten				.90				
5	<i>15 Minuten wachten</i>								

Dit resulteerde uiteindelijk in zeven schalen, zes schalen met een voldoende tot zeer goede betrouwbaarheid en één schaal met een matige betrouwbaarheid. Van de 36 vragen konden er 33 in deze schalen worden ondergebracht. Deze schalen zijn weergegeven in tabel 9.

Drie vragen konden niet in een schaal worden opgenomen. Het betreft vraag 5 (langer dan 15 minuten wachten in de wachtkamer) die op geen enkele factor laadde en vragen 29 (kiezen behandelaar) en 30 (kiezen tijdstip behandeling). Deze vragen konden niet in een schaal worden ondergebracht.

**Tabel 9 Schalen CQI voor items die voor iedereen geldig zijn**

<b>Schaal</b>	<b>Items</b>	<b>N items</b>	<b><i>a</i></b>
Bejegening	25, 31, 37, 38, 39, 40, 41, 42	8	.89
Informatie over de behandeling	9, 10, 11, 12, 13, 14	6	.73
Informatie over cliëntenrechten	21, 22, 23, 24	4	.80
Bereikbaarheid hulpverlener	4, 6, 7	3	.71
Ervaren functioneren	48, 49, 50	3	.93
Vervulling hulpwensen	43, 45, 46, 66, 67	5	.82
Keuzemogelijkheid	19, 20, 27, 28	4	.62

Naast de vragen die voor iedereen gelden, bevat de CQI vragen voor deelpopulaties. Het betreft vragen over medicatiegebruik, over het behandelplan, over de informatie-uitwisseling tussen meerdere behandelaars en over de afronding van de behandeling. Hierop zijn separate factoranalyses uitgevoerd.

**Tabel 10 Factoranalyse op vragen die voor deelpopulaties geldig zijn**

<b>Nr</b>	<b>Vraag</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>F5</b>
16	Info soorten medicijnen	.74				
17	Info werking medicijnen	.85				
18	Info bijwerking medicijnen	.85				
	(N= 1682)					
33	Meebeslissen behandelplan		.78			
34	Ingestemd behandelplan		.76			
35	In overleg bijgesteld		.49			
	(N= 1646)					
53	Toestemming gevraagd			.52		
58	Huisarts geïnformeerd			.83		
59	Behandelaar geïnformeerd			.78		
54	Duidelijke afspraken			.48	.46	
55	Steeds zelfde verhaal				.64	
56	Op een lijn zitten				.74	
57	Tegenstrijdige informatie				.77	
	(N= 1116)					
63	Naar tevredenheid afgerond					.72
64	Afspraken nazorg					.74
65	Afspraken terugval					.80
	(N= 754)					



Bijna tweederde (65.5%) van de respondenten geeft aan medicatie te hebben gebruikt voor hun psychische klachten. De drie vragen over medicatie konden in één schaal worden ondergebracht, met een verklaarde variantie van 66.3% (tabel 10). Ook bijna tweederde (65.8%) van de respondenten heeft een behandelplan. De drie vragen hierover vormen samen een factor met een verklaarde variantie van 47.8%. Minder dan de helft van de respondenten (43.9%) ontvangt hulp van meerdere hulpverleners. De zeven vragen hierover vormen twee factoren met een verklaarde variantie van 52.6%. De vragen over de afronding van de behandeling zijn tenslotte geldig voor de 574 respondenten (22.6%) die inmiddels uit behandeling zijn. De drie vragen over de afronding vormen samen een factor met een verklaarde variantie van 57.1%.

Er was dus over het algemeen sprake van duidelijke factoren. Alleen vraag 54 (duidelijke afspraken maken) laadde dubbel. De betrouwbaarheidsanalyse wees uit dat deze vraag het best in een schaal met vragen 55, 56 en 57 kon worden ondergebracht. Ook inhoudelijk horen deze vragen het beste bij elkaar.

De extra factoranalyses leverde dus vijf nieuwe schalen op (tabel 11). De betrouwbaarheid van deze schalen is beperkt. Alleen de schaal 'Informatie over medicatie' heeft een voldoende betrouwbaarheid. De betrouwbaarheid van de schaal 'Instemmen met behandelplan' is slecht en kan derhalve niet als schaal worden beschouwd. De betrouwbaarheden van de overige drie schalen is matig.

**Tabel 11 Schalen CQI voor items die voor iedereen geldig zijn**

<b>Schaal</b>	<b>Items</b>	<b>N items</b>	<b><i>a</i></b>
Informatie over medicatie	16, 17, 18	3	.73
Instemmen met behandelplan	33, 34, 35	3	.33
Behandelaars op één lijn	54, 55, 56, 57	4	.63
Communicatie tussen behandelaars	53, 58, 59	3	.64
Afronden behandeling	63, 64, 65	3	.62

Deze nieuwe factoranalyse leverde elf factoren op, vier meer dan die in de eerste pilot. Beide analyses zijn in tabel 12 naast elkaar gezet. Uit deze tabel blijkt dat er een grote overlap tussen beide factoroplossingen is. Zes van de zeven factoren uit de eerste pilot komen ook weer in de tweede analyse terug. De factor 'Deskundigheid van de hulpverlener' veranderde van inhoud. Doordat in de tweede analyse vragen over de mate waarin de behandeling naar wens was en vragen over de deskundigheid van de hulpverlener op dezelfde factor laadden, kreeg deze factor een nieuwe naam: 'Vervulling hulpwensen'. Vier factoren waren nieuw. Op zes na konden alle vragen bij een factor worden ingedeeld. Gezien deze grote interne samenhang is besloten de schaalstructuur uit de tweede analyse te kiezen.

**Tabel 12 Factorstructuur van versie 1.0 en versie 2.0 van de CQI**

<b>Factor</b>	<b>Versie 1.0</b>		<b>Versie 2.0</b>	
	<b>N items</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>	<b>N items</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
Ervaren functioneren	4	0.95	3	0.93
Bejegening door hulpverlener	10	0.86	8	0.89
Informatie over cliëntenrechten	6	0.77	4	0.80
Informatie over de behandeling	4	0.72	6	0.73
Communicatie tussen behandelaars	3	0.70	3	0.64
Informatie over medicatie	3	0.69	3	0.73
Deskundigheid hulpverlener	3	0.75		
Vervulling van hulpwensen			5	0.82
Keuzemogelijkheden			4	0.62
Afronding van de behandeling			3	0.62
Bereikbaarheid			3	0.71
Behandelaars op één lijn			4	0.63

### 3.6 Belangvragenlijst

In tabel 13 zijn de gemiddelde belangscores weergegeven en geordend naar mate van belangrijkheid. Verder zijn de vraagnummers en de corresponderende vraagnummers van de CQI weergegeven. De mate van belangrijkheid is gescoord op een vierpuntsschaal (1=niet belangrijk, 2=eigenlijk wel belangrijk, 3=belangrijk, 4=van het allergrootste belang. De gemiddelde belangscores zijn alle hoger dan 2, wat betekent dat de respondenten alle onderwerpen in elk geval eigenlijk wel belangrijk vinden. Desondanks is er een verschil van bijna anderhalve punt tussen het aspect wat het meest en het aspect wat het minst belangrijk wordt gevonden (2.28 versus 3.66). Het contact met de behandelaar wordt het belangrijkste gevonden. Het gaat over wijze waarop de behandelaar de respondent bejegt, of hij/zij goed luistert en begrijpt wat er aan de hand is, dat hij/zij goede informatie geeft over de behandeling en medicatie, en de respondent serieus neemt. De respondenten vinden aspecten als informatie over een behandeling elders of een second opinion, en de bereikbaarheid van de behandelaar het minst belangrijk. Opvallend is dat de vragen over eigen keuzes maken (bijvoorbeeld voor een behandelaar) ook relatief laag scoren.

**Tabel 13 Gemiddelde belangscores (range scores 1-4)**

<b>Rang</b>	<b>Nr</b>	<b>Nr CQ</b>	<b>Vraag: Hoe belangrijk vindt u het....</b>	<b>Belang</b>
1	37	41	Dat uw behandelaar u serieus neemt?	3.66
2	40	45	Dat uw behandelaar in voldoende mate begrijpt wat uw klachten zijn?	3.60
3	34	38	Dat uw behandelaar aandachtig naar u luistert?	3.57
4	24	25	Dat uw behandelaar u dingen op een begrijpelijke manier uitlegt?	3.51
5	10	11	Om geïnformeerd te worden over hoe u met uw klachten om kunt gaan?	3.48
6	36	40	Dat uw behandelaar u met respect behandelt?	3.44
7	49	65	Dat afspraken gemaakt worden over wat u moet doen als uw klachten terugkomen of verergeren?	3.40
8	33	37	Dat uw behandelaar voldoende tijd aan u besteedt?	3.37
9	16	17	Om geïnformeerd te worden over de werking van de medicijnen die u gebruikt?	3.35
10	17	18	Om geïnformeerd te worden over de eventuele (lichamelijke) bijwerkingen van de medicijnen die u gebruikt?	3.35
11	38	42	Dat uw behandelaar geïnteresseerd is in uw mening?	3.30
12	8	9	Om geïnformeerd te worden over de behandelingsmogelijkheden die er voor uw klachten zijn?	3.30
13	41	46	Dat uw behandelaar de juiste vragen stelt?	3.29
14	9	10	Om geïnformeerd te worden over de aanpak van uw huidige behandeling?	3.26
15	12	13	Om geïnformeerd te worden over het resultaat dat u van de behandeling kunt verwachten?	3.25
16	35	39	Dat uw behandelaar u beleefd behandelt?	3.24
17	11	12	Om geïnformeerd te worden over mogelijke lichamelijke oorzaken van uw klachten?	3.22
18	45	56	Dat de behandelaars op één lijn zitten als het over de beste behandeling voor uw klachten gaat?	3.19
19	15	16	Om geïnformeerd te worden over de verschillende soorten medicijnen die er bestaan voor uw klachten?	3.18
20	32	35	Dat het behandelplan in overleg met u wordt bijgesteld?	3.14
21	25	27	Dat u uw voorkeuren kunt aangeven voor een bepaalde vorm van behandeling?	3.10
22	29	31	Dat de behandelaar u laat meebeslissen over uw behandeling?	3.09
23	48	64	Dat er afspraken gemaakt worden over nazorg?	3.09
24	4	4	Om een afspraak met uw behandelaar snel te laten plaatsvinden?	3.08
25	43	54	Dat er duidelijke afspraken gemaakt worden tussen de behandelaars over wie de verantwoordelijkheid heeft voor uw behandeling?	3.08
26	50	67	Dat het behandelplan naar uw wens wordt uitgevoerd?	3.07
27	31	33	Dat u kunt meebeslissen over de inhoud van uw behandelplan?	2.99
28	21	22	Om geïnformeerd te worden over uw rechten als cliënt wat betreft het inzien van uw cliëntdossier?	2.97
29	26	28	Dat u kunt kiezen uit verschillende soorten behandelingen?	2.96

<b>Rang</b>	<b>Nr</b>	<b>Nr CQ</b>	<b>Vraag: Hoe belangrijk vindt u het...</b>	<b>Belang</b>
30	44	55	Dat u uw andere behandelaar niet alles opnieuw moet vertellen over uw klachten?	2.89
31	39	43	Dat de behandeling voldoende afgestemd is op uw persoonlijke achtergrond (levensovertuiging, taal, afkomst, cultuur)?	2.86
32	46	58	Dat uw behandelaar uw huisarts informeert over uw behandeling?	2.83
33	20	21	Om geïnformeerd te worden over uw rechten en plichten als cliënt?	2.83
34	28	30	Dat u kunt kiezen op welk tijdstip van de dag de behandeling plaatsvindt?	2.80
35	27	29	Dat u kunt kiezen wie uw behandelaar is?	2.80
36	47	59	Dat uw huisarts uw behandelaar informeert over uw lichamelijk functioneren?	2.78
37	5	5	Om binnen 15 minuten na uw afspraak toegelaten te worden tot de spreekkamer van uw behandelaar?	2.70
38	22	23	Om geïnformeerd te worden over uw rechten als cliënt wat betreft de mogelijkheden tot een second opinion?	2.69
39	6	6	Om uw behandelaar telefonisch te kunnen bereiken tijdens kantooruren?	2.68
40	19	20	Om geïnformeerd te worden over andere vormen van behandeling of ondersteuning zoals zelfhulpprogramma's, cliëntondersteuning, patiëntenverenigingen, E-hulp en alternatieve geneeswijzen?	2.63
41	18	19	Om geïnformeerd te worden over behandelmogelijkheden elders?	2.58
42	23	24	Om geïnformeerd te worden over uw rechten als cliënt wat betreft de klachtenprocedure?	2.57
43	13	14	Om geïnformeerd te worden over de mogelijkheid tot het betrekken van familie of vrienden bij uw behandeling?	2.42
44	7	7	Om uw behandelaar telefonisch te kunnen bereiken buiten kantooruren, in geval van nood?	2.28

### *3.7 Reductie van het aantal vragen in de CQI*

Ondanks het feit dat de respons in de tweede pilot bijna 10% hoger was dan in de eerste pilot, de respondenten goed in staat waren de vragen te beantwoorden en het aantal missende waarden beperkt bleef, zijn CQI vragenlijsten lang. Uitgangspunt bij de ontwikkeling van de CQI voor kortdurende ambulante ggz en vz is een zo kort mogelijke lijst, waarmee toch de gewenste informatie wordt verkregen. De datareductie vond plaats op basis van de factoranalyse en de uitkomsten van de Belangvragenlijst. Hierbij werd de volgende regel gehanteerd:

- Terugbrengen van het aantal items per schaal tot minimaal drie op basis van de item-totaal correlatie, en met inachtneming van het behoud van een voldoende betrouwbaarheid ( $\geq .70$ ).
- Niet schaalbare items verwijderen wanneer uit de Belangvragenlijst blijkt dat dit item door cliënten minder belangrijk wordt gevonden.
- Een aantal vragen van de CQI behoort tot de zogeheten 'verplichte vragen' van het CKZ die in elke CQI worden opgenomen. Deze vragen mogen en zijn niet verwijderd.

De schaal '**Bejegening**' bestaat uit acht vragen, waarvan er vijf tot de verplichte vragen behoren ( $\alpha = .89$ ). Minimaal vier van de vijf vragen moesten volgens het Handboek CQ Meetinstrumenten worden gehandhaafd. Op basis van item-totaal correlatie kon vraag 31 (de behandelaar laat u meebeslissen) worden verwijderd. De betrouwbaarheid bleef gelijk, terwijl dit item niet zeer belangrijk wordt gevonden (op de 22<sup>e</sup> plaats van de 44). De volgende kandidaat was vraag 25 (de behandelaar legt dingen op een begrijpelijk manier uit). Weglating verhoogt de betrouwbaarheid ( $\alpha = .90$ ). Echter, cliënten vinden dit een zeer belangrijk item (plaats 4), dus werd besloten deze vraag te handhaven.

De overige vragen in de schaal 'Bejegening' droegen allemaal ongeveer evenveel bij aan de betrouwbaarheid. In alle gevallen zou weglaten van items leiden tot een afname van de betrouwbaarheid, maar die zou nooit onder de 0.80 zakken. Besloten werd de schaal te reduceren tot de vier verplichte vragen die door de cliënten het meest belangrijk werden gevonden: vraag 41 (de behandelaar neemt u serieus; plaats 1), vraag 38 (de behandelaar luistert aandachtig naar u; plaats 3), vraag 25 (de behandelaar legt dingen op een begrijpelijk manier uit; plaats 4), en vraag 37 (de behandelaar besteedt voldoende tijd aan u; plaats 8). De betrouwbaarheid van de schaal blijft goed ( $\alpha = .83$ ). De gereduceerde schaal is weergegeven in tabel 14.

De schaal '**Informatie over de behandeling**' bevatte zes vragen ( $\alpha = .73$ ). Vraag 14 (informatie over het betrekken van familie) bleek een lage item-totaal correlatie te hebben. Verder vonden cliënten dit item relatief onbelangrijk (plaats 41). Weglaten van deze vraag verhoogde de betrouwbaarheid iets ( $\alpha = .74$ ). Als volgende werd vraag 12 (informatie over mogelijke lichamelijke oorzaken; plaats 17) verwijderd ( $\alpha = .72$ ). De overige vier vragen werden gehandhaafd. Verwijderen van nog een item zou de betrouwbaarheid verlagen tot 0.70, de vier resterende vragen behoren tot de top-15 van de Belangvragenlijst en de vragen dekken alle aspecten van een behandeling: wat zijn de behandelmogelijkheden (vraag 9, plaats 12), hoe wordt de klacht aangepakt (vraag 10, plaats 14), hoe ga ik zelf met mijn klachten om (vraag 11, plaats 5) en welk resultaat kan er worden verwacht (vraag 13, plaats 15).

De schaal '**Informatie over cliëntenrechten**' bevatte vier vragen ( $\alpha = .80$ ). De bijdragen van deze vragen op de betrouwbaarheid van de schaal waren vrijwel gelijk. In overleg met de begeleidingscommissie is besloten vraag 21 (informatie over rechten en plichten, plaats 33) te verwijderen. De betrouwbaarheid daalde hiermee licht ( $\alpha = .77$ ). De resterende vragen betreffen informatie over het inzien van het eigen dossier (vraag 22, plaats 28), de mogelijkheid tot een second opinion (vraag 23, plaats 38), en de klachtenprocedure (vraag 24, plaats 42). Hoewel cliënten aan deze aspecten weinig belang hechtten, blijft de schaal wel gehandhaafd op inhoudelijke gronden.

De schaal '**Vervulling hulpwensen**' bestond uit vijf vragen, waarvan vraag 66 (juiste aanpak behandeling) en vraag 67 (behandelplan naar wens uitgevoerd) verplicht zijn vanuit de Basisset Prestatie-indicatoren en dus in elk geval behouden moesten blijven ( $\alpha = .82$ ). De betrouwbaarheid kon worden verhoogd door

het weglaten van vraag 43 (behandeling afgestemd op persoonlijke achtergrond; plaats 29). Dit is een nogal uitgebreide en wellicht moeilijke vraag en wordt door de cliënten ook niet zo belangrijk gevonden ( $\alpha = .83$ ). Als tweede kon vraag 46 (behandelaar stelt juiste vragen, plaats 13) worden verwijderd, hoewel dit een vraag is die tamelijk belangrijk wordt gevonden. Inhoudelijk paste deze vraag echter niet bij de betekenis van deze schaal. De drie resterende vragen horen inhoudelijk beter bij elkaar. Begrijpt de behandelaar wat uw klachten zijn (vraag 45, plaats 2), worden de klachten juist aangepakt (vraag 66, geen belangscore) en wordt het behandelplan naar wens uitgevoerd (vraag 67, plaats 26). De betrouwbaarheid blijft goed ( $\alpha = .80$ ).

De schaal '**Keuzemogelijkheid**' bevatte vier vragen ( $\alpha = .62$ ). Gezien de matige betrouwbaarheid is het niet mogelijk nog een item te verwijderen. Zoals bij de bespreking van de Belangvragenlijst al werd geconstateerd, werd het aspect keuzemogelijkheid door de cliënten niet zo belangrijk gevonden. Op inhoudelijke gronden blijft deze schaal echter wel gehandhaafd.

De schaal '**Behandelaars op één lijn**' bevatte vier vragen. Hoewel de betrouwbaarheid van deze schaal matig was ( $\alpha = .63$ ) werd besloten vraag 54 (duidelijke afspraken over de verantwoordelijkheid van de behandeling, plaats 25) te verwijderen op praktische gronden. Deze vraag heeft een afwijkende antwoordcategorie (ja-nee-weet niet). Ongeveer een derde van de cliënten die deze vraag moesten beantwoorden kruisten deze categorie aan. In deze gevallen kon geen schaalscore worden berekend. Als deze vraag wordt weggelaten kan wél een schaalscore worden berekend, met een vergelijkbare betrouwbaarheid ( $\alpha = .60$ ).

De overige schalen konden niet worden gereduceerd omdat deze al uit drie vragen bestonden. De (gereduceerde) schalen zijn weergegeven in tabel 13. De schaal '**Instemmen behandelplan**' had een te lage betrouwbaarheid. De items over het behandelplan worden wel gehandhaafd, maar als losse items beschouwd.

Drie vragen konden niet in een schaal worden ondergebracht. Het betreft vraag 5 (meer dan 15 minuten wachten in de wachtkamer; plaats 35), vraag 29 (kunnen kiezen voor een behandelaar; plaats 33) en vraag 30 (kunnen kiezen voor het tijdstip van de behandeling; plaats 32). Geen van deze vragen werden door de cliënten erg belangrijk gevonden en zouden kunnen worden verwijderd. In de begeleidingscommissie is besloten alleen vraag 5 te verwijderen. De beide vragen over keuzemogelijkheden werden gehandhaafd. Ondanks de relatief lage belangsscores voor deze twee vragen, werd de keuzemogelijkheid voor cliënten te belangrijk geacht.

Versie 2.0 van de CQI voor kortdurende ambulante ggz en vz bevatte zeven vragen waarin een totaaloordeel wordt gevraagd over een bepaald aspect, uitgedrukt in een cijfer van 0 tot 10. Alleen het oordeel over de behandeling is een verplichte vraag voor de CQI. De vraag was in hoeverre deze totaaloordeelen een toegevoegde waarde hebben ten opzichte van de CQI ervaringsvragen. Omdat het hier eerder gaat om cliëntwaardering en niet cliëntervaringen, werd besloten

zes van de zeven vragen te verwijderen: vraag 8 (over bereikbaarheid), vraag 26 (over informatievoorziening), vraag 36 (over inspraak en keuzevrijheid), vraag 44 (over bejegening), vraag 47 (over de behandelaar), en vraag 60 (over de informatie-uitwisseling tussen behandelaars). In tabel 13 zijn alle schalen en losse items die resteerden weergegeven. Met de reductie van het aantal items kan de CQI voor kortdurende ambulante ggz en vz in principe worden teruggebracht van 79 naar 62 vragen. Dit op voorwaarde dat deze reductie geen negatieve invloed zou hebben op het onderscheidend vermogen van de vragenlijst. Hierop wordt verderop in dit rapport nog teruggekomen.

**Tabel 14 Gereduceerde CQ-Index**

<b>Schaal</b>	<b><i>a</i></b>	<b>Schaal</b>	<b><i>a</i></b>
<b>Bejegening</b>	.83	<b>Informatie over medicatie</b>	.73
Begrijpelijke uitleg		Info soorten medicijnen	
Voldoende tijd		Info werking medicijnen	
Aandachtig luisteren		Info bijwerking medicijnen	
Serieus nemen			
		<b>Behandelaars op één lijn</b>	.63
<b>Informatie over de behandeling</b>	.72	Steeds zelfde verhaal	
Info behandel mogelijkheden		Op een lijn zitten	
Info aanpak behandeling		Tegenstrijdige informatie	
Info omgaan met klachten			
Info resultaat		<b>Informatie tussen behandelaars</b>	.64
		Toestemming gevraagd	
<b>Informatie over cliëntenrechten</b>	.76	Huisarts geïnformeerd	
Info inzien dossier		Behandelaar geïnformeerd	
Info second opinion			
Info klachtenprocedure		<b>Afronding behandeling</b>	.62
		Naar tevredenheid afgerond	
<b>Bereikbaarheid hulpverlener</b>	.71	Afspraken nazorg	
Snel afspraak		Afspraken terugval	
Telefoon kantooruren			
Buiten kantooruren		<b>Cijfer behandeling</b>	
<b>Ervaren functioneren</b>	.93	<b>Losse items</b>	
Functioneren		Kiezen behandelaar	
Omgaan met klachten		Kiezen tijdstip behandeling	
Oordeel klachten		Meebeslissen behandelplan	
		Ingestemd behandelplan	
<b>Vervulling hulpwensen</b>	.80	Behandelplan in overleg bijgesteld	
Begrijpt klachten			
Juiste aanpak			
Naar wens uitgevoerd			
<b>Keuzemogelijkheid</b>	.62		
Info behandeling elders			
Info alternatieven			
Voorkeur behandeling			
Kiezen soorten behandeling			

### 3.8 Samenhang tussen de schalen

In tabel 15 zijn de correlaties tussen de diverse schalen weergegeven. Hoewel het grootste deel van de correlaties bescheiden is, zijn zij op één uitzondering na (F5-F10: Ervaren functioneren – Communicatie tussen behandelaars) significant ( $p < .001$ ). De schaal 'Afronding behandeling' hangt het sterkst met de andere schalen samen, voor al met de schaal 'Vervulling hulpwensen'. Er is sprake van een goede afronding als de behandeling naar tevredenheid is verlopen, als men het eigen functioneren positiever ervaart en als er sprake is geweest van een correcte bejegening. Verder is er sprake van een redelijk hoge correlatie tussen 'Bejegening' en de schalen 'Vervulling hulpwensen' 'Behandelaars op één lijn', 'Informatie over de behandeling' en 'Bereikbaarheid' en tussen 'Vervulling hulpwensen' en 'Behandelaars op één lijn'. Er is dus sprake van een zekere mate van samenhang tussen de diverse schalen. Deze samenhang is positief. Positieve ervaringen op één aspect van de behandeling gaan samen met positieve ervaringen op de andere aspecten. Het is niet duidelijk of dit een gevolg is van de algemene kwaliteit van de hulpverlening, of van een antwoordtendentie bij de respondent.

**Tabel 15 Correlatie tussen schalen**

	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>F5</b>	<b>F6</b>	<b>F7</b>	<b>F8</b>	<b>F9</b>	<b>F10</b>	<b>F11</b>
F1	-	.49	.25	.48	.36	.61	.31	.33	.51	.16	.54
F2		-	.28	.36	.32	.53	.39	.41	.37	.24	.46
F3			-	.27	.13	.22	.40	.30	.19	.39	.23
F4				-	.27	.40	.27	.24	.38	.26	.30
F5					-	.42	.19	.15	.32	-.05	.54
F6						-	.29	.32	.50	.20	.74
F7							-	.33	.24	.26	.31
F8								-	.25	.27	.32
F9									-	.21	.47
F10										-	.23
F11											-

F1 Bejegening                      F2 Info behandeling                      F3 Info cliëntenrechten                      F4 Bereikbaarheid  
 F5 Ervaren functioneren                      F6 Vervulling hulpwensen                      F7 Keuzemogelijkheid                      F8 Info medicatie  
 F9 Op één lijn                      F10 Communicatie beh                      F11 Afronding behandeling

### 3.9 Samenhang tussen de schaalwaarden en achtergrondgegevens

Voor zover de diagnoses bekend zijn, zijn deze afgezet tegen de schaalscores van de CQI schaalscores. Een variantieanalyse op de gehele dataset leverde vier significante verschillen op. Deze zijn weergegeven in tabel 16. Het betreft informatie over de behandeling en over de cliëntenrechten, de keuzemogelijkheden en het ervaren functioneren. In de tabel is aangegeven welke diagnosegroepen dit verschil vooral veroorzaken. De **vet** gedrukte cijfers geven aan welke diagnose groep een significant hogere score heeft, de **vet cursief** gedrukte getallen geven aan welke diagnosegroep significant lager scoort. Cliënten die cannabis misbruiken geven hogere scores voor de informatie die zij over hun behandeling hebben gekregen, en voor de informatie over cliëntenrechten. Ook scoren zij het hoogst op hun ervaren functioneren. Wat betreft de keuzemogelijkheden hebben cliënten met een persoonlijkheidsstoornis of opiaatgebruik de beste ervaringen.



Cliënten met een bipolaire stoornis scoren juist lager op informatie over de behandeling en de keuzemogelijkheden. Cliënten met een somatoforme stoornis zijn het minst te spreken over hun functioneren en cliënten met een overige of onbekende diagnose hebben de minste informatie over cliëntenrechten gekregen.

**Tabel 16 Relatie tussen diagnose en CQI schaalscores**

	<b>N</b>	<b>Info over behandeling p=.029</b>	<b>Info over cliënten- rechten p=.020</b>	<b>Keuze- mogelijk- heid p=.000</b>	<b>Ervaren functione- ren p=.009</b>
Stemmingsstoornis	353	.84	.30	.54	3.90
Angststoornis	221	.87	.30	.53	3.96
Alcoholmisbruik	217	.89	.37	.64	4.12
Aanpassingsprobleem	202	.87	.30	.54	4.09
Relatieprobleem	90	.77	.24	.45	4.02
Uitgestelde diagnose	63	.84	.31	.52	3.92
Psychose	48	.84	.38	.49	4.04
Gedragsprobleem	45	.84	.27	.59	4.27
Cognitief probleem	45	.82	.22	.44	3.85
Overig/onbekend	38	.80	<b>.19</b>	.57	4.23
Misbruik cannabis	38	<b>.93</b>	<b>.48</b>	.63	<b>4.38</b>
Tabaksverslaving	33	.87	.42	.57	4.25
Bipolair stoornis	32	<b>.77</b>	.23	<b>.41</b>	3.97
Eetstoornis	30	.86	.21	.62	3.99
Somatoforme stoornis	26	.81	.32	.55	<b>3.51</b>
Persoonlijkheidsstoornis	25	.86	.32	<b>.71</b>	4.09
Misbruik cocaïne	21	.82	.36	.51	3.92
Overige verslaving	14	.82	.33	.50	4.20
Misbruik opiaten	11	.82	.24	<b>.70</b>	4.15
Totaal	1552				
Range		0-1	0-1	0-1	1-5

Gezien de verschillen tussen de deelnemende aanbieders is de relatie tussen diagnose en CQI schaalscores ook per aanbieder apart onderzocht. Bij drie aanbieders werd een significante relatie gevonden (tabel 17). Bij aanbieder 1 waren de cliënten met een aanpassingsstoornis het beste te spreken over de bejegening, in tegenstelling tot cliënten met een angststoornis. Bij aanbieder 5 zijn degenen die cannabis misbruiken positiever over de bereikbaarheid van de hulpverlening, in tegenstelling tot cliënten met een overige verslaving. Bij aanbieder 10 waren cliënten met een relatieprobleem het meest positief over de informatie over medicatie, terwijl de scores voor degenen met een overige of onbekende diagnose veel lager waren.

**Tabel 17** Significante relaties tussen diagnose en CQ schalen per aanbieder

	<b>Bejegening</b> <b>N=106</b> <b>p=.022</b>	<b>Bereikbaarheid</b> <b>N=91</b> <b>p=.019</b>	<b>Info medicatie</b> <b>N=78</b> <b>p=.006</b>
<b>Aanbieder 1</b>			
Aanpassingsprobleem	3.82		
Overig	3.77		
Cognitief probleem	3.46		
Relatieprobleem	3.45		
Stemmingsstoornis	3.42		
Angststoornis	3.39		
<b>Aanbieder 5</b>			
Misbruik cannabis		2.79	
Misbruik cocaïne		2.38	
Misbruik alcohol		2.36	
Tabaksverslaving		2.26	
Overige verslaving		1.67	
<b>Aanbieder 10</b>			
Relatieprobleem			.99
Stemmingsstoornis			.83
Angststoornis			.77
Aanpassingsprobleem			.76
Gedragsprobleem			.71
Overig/onbekend			.38

Er is sprake van een zekere relatie tussen diagnose en CQI schaalscores, maar deze is zeer beperkt. Op het niveau van de algemene database wordt slechts op vier van de elf schalen een verschil gevonden, waarbij het vooral de cannabisgebruikers zijn die wat positiever scoren. Op het niveau van de aanbieders is het verband nog geringer. Slechts bij drie aanbieders wordt op één van de elf schalen een verband gevonden. Gezien het aantal analyses (12 aanbieders x 11 schaalscores = 132 analyses) zou alleen al op basis van kanskapitalisatie al zes significante verschillen kunnen worden verwacht.

De CQI schaalscores zijn vervolgens afgezet tegen een aantal achtergrondgegevens. Behalve demografische gegevens (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, geboorteland), was ook bekend of men medicatie gebruikte, of men een behandelplan had, of men meerdere behandelaars had, en of men inmiddels uit behandeling was. Verder had 10% van de respondenten de CQI via internet ingevuld. In tabellen 18a, 18b en 18c zijn de resultaten van deze analyse weergegeven. Alleen de significante verbanden zijn weergegeven.

Zoals de tabellen laten zien, werd er voor elk van de achtergrondvariabelen een relatie met CQI schalen gevonden. Degenen die hun behandeling inmiddels hebben afgerond oordeelden over het algemeen positiever dan degenen die nog in behandeling waren. Dat gold in nog sterkere mate voor degenen die aangaven een behandelplan te hebben. Daarentegen scoorden cliënten die medicatie gebruikten wat lager op bejegening, bereikbaarheid en ervaren functioneren. Ook cliënten die aangaven meer dan één behandelaar te hebben scoorden op een aantal schalen lager, waaronder de bereikbaarheid van de hulpverlener en het ervaren functioneren.

Wat betreft de demografische variabelen werd vooral een relatie gevonden tussen het hebben van een betaalde baan en de scores op de CQI. Degenen die werkten oordeelden positiever over hun behandeling. Er was ook een verschil tussen autochtonen en allochtonen. Autochtonen scoorden op zes schalen hoger. De relatie tussen CQI en geslacht was beperkt, evenals die tussen CQI en het al of niet invullen van de vragenlijst via internet.

**Tabel 18a CQI schaalscores versus achtergrondvariabelen (1)**

	<b>Afge- rond</b>		<b>Medi- catie</b>		<b>Behan- delplan</b>		<b>Meer behan- delaars</b>	
	<b>ja nee</b>	<b>p</b>	<b>ja nee</b>	<b>p</b>	<b>ja nee</b>	<b>p</b>	<b>ja nee</b>	<b>p</b>
Bejegening			3.52 3.62	.000	3.61 3.44	.000	3.52 3.58	.003
Info behandeling	0.88 0.84	.003			0.90 0.73	.000		
Info cliëntenrechten	0.35 0.31	.050			0.38 0.22	.000	0.34 0.31	.032
Bereikbaarheid	2.44 2.36	.017	2.33 2.46	.000	2.40 2.30	.001	2.33 2.41	.001
Ervaren functioneren	4.33 3.92	.000	3.91 4.19	.000	4.10 3.82	.000	3.92 4.07	.000
Vervulling hulpwensen					0.90 0.78	.000	0.85 0.88	.008
Keuzemogelijk- heid	0.57 0.53	.016			0.59 0.42	.000	0.58 0.51	.000
Info medicatie	0.73 0.78	.028	n.v.t.		0.80 0.70	.000		
Op één lijn					3.11 2.91	.000	n.v.t.	
Communicatie behandelaars							n.v.t.	
Afronding behandeling	n.v.t.				0.74 0.62	.000		

Tabel 18b CQI schaalscores versus achtergrondvariabelen (2)

	<b>Ge- slacht man vrouw</b>	<i>p</i>	<b>Werk ja nee</b>	<i>p</i>	<b>NL ja nee</b>	<i>p</i>	<b>Hulp ja nee</b>	<i>p</i>	<b>PC ja nee</b>	<i>p</i>
Bejegening	3.51 3.59	.000	3.64 3.48	.000	3.57 3.48	.003	3.42 3.57	.000		
Info behandeling			0.88 0.82	.000	0.85 0.81	.002	0.81 0.85	.007		
Info cliëntenrechten	0.34 0.31	.036					0.39 0.31	.001		
Bereikbaarheid			2.45 2.31	.000					2.51 2.35	.000
Ervaren functioneren			4.22 3.82	.000	4.05 3.78	.000	3.54 4.07	.000		
Vervulling hulpwensen	0.85 0.88	.024	0.90 0.84	.000	0.87 0.83	.017	0.82 0.87	.012		
Keuzemogelijk- heid					0.55 0.50	.018	0.49 0.54	.011		
Info medicatie			0.79 0.75	.013						
Op één lijn			3.15 2.99	.000	3.08 2.93	.005			3.37 3.02	.000
Communicatie behandelaars							0.72 0.61	.019		
Afronding behandeling										

Er werd ook een relatie gevonden met het opleidingsniveau en met leeftijd. Uit variantie-analyse bleek dat cliënten met een universitaire opleiding lager scoorden op informatie over cliëntenrechten en communicatie tussen behandelaars, maar juist wel hoger op bejegening en ervaren functioneren. Zij contrasteerden hierop met cliënten die weinig op geen opleiding hadden. Wat betreft de leeftijd bleek dat oudere cliënten op zes van de elf schalen positiever oordeelden, vooral in contrast met de categorie jonger dan 24 jaar.

**Tabel 18c CQI schaalscores versus achtergrondvariabelen (3)**

	<b>Opleiding</b>	<b>p</b>	<b>Leeftijd</b>	<b>p</b>
Bejegening	> HBO en hoger < geen opleiding	.005	> 55 en ouder < 18-24 < 35-44	.010
Info behandeling				
Info cliëntenrechten	< universiteit > lagere school	.000	> 45 en ouder < 18-24	.031
Bereikbaarheid			> 55 en ouder < anderen	0.26
Ervaren functioneren	> universiteit < lagere school < geen opleiding	.000		
Vervulling hulpwensen			> 55 en ouder < 18-24 < 35-44	.003
Keuzemogelijkheid				
Info medicatie				
Op één lijn			> 45-54 < 34 en jonger	.006
Communicatie behandelaars	> LBO < universiteit	.000	> 45 en ouder < 18-24	.012
Afronding behandeling				

Samengevat kan worden gesteld dat de CQI voor de kortdurende ambulante ggz en vz tot op zekere hoogte samenhangt met cliëntkenmerken. Het oordeel over de ontvangen behandeling lijkt te worden gekleurd door achtergrondkenmerken en de soort hulp die men ontvangt. Meest opvallend is de relatie tussen de CQI schaalscores en het hebben van een behandelplan. Ruim een derde van de cliënten (34.6%) gaf aan geen behandelplan te hebben. De vraag was of dat inderdaad het geval is of dat men het niet (meer) wist. Deze cliënten scoorden op tien van de elf schalen significant lager dan degenen die wel aangaven een behandelplan te hebben. Een verklaring hiervoor kan zijn dat het feit dat er geen behandelplan is één van de indicatoren is van kwalitatief mindere zorg. Aan de andere kant zou er sprake kunnen zijn van een 'cliëntbias'. Cliënten die goed bij de invulling van hun behandeling worden betrokken en het gevoel hebben hierop invloed te hebben – zoals door middel van een behandelplan waarmee zij hebben ingestemd – oordelen vaak positiever over hun behandeling. Zij zijn geneigd hun ervaringen positiever in te schatten dan cliënten die zich minder betrokken voelen. Dit laatste lijkt inderdaad het geval te zijn. Wanneer de relatie tussen behandelplan en CQI schaalscores per aanbieder wordt geanalyseerd, blijven de cliënten met een behandelplan hoger scoren op de schalen, terwijl zij in principe dezelfde kwaliteit van behandeling ontvangen. Dit geldt met name voor de scores voor de informatieverstrekking over de behandeling (F2), de vervulling van hulpwensen (F6) en de keuzemogelijkheden (7). In tabel 19 zijn de significante verbanden nog eens aangegeven. In alle gevallen is de score hoger voor degene met een behandelplan.

**Tabel 19 Significante verbanden per aanbieder tussen CQI schaalscores en het hebben van een behandelplan**

<b>Aanbieder</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>F5</b>	<b>F6</b>	<b>F7</b>	<b>F8</b>	<b>F9</b>	<b>F10</b>	<b>F11</b>
1		X	X			X	X		X		X
2		X			X		X				
3	X	X	X		X	X	X		X		
4	X	X		X		X	X	X		X	
5	X	X				X			X		
6	X	X	X			X	X				X
7											
8		X	X		X	X	X	X	X		
9			X				X	X			
10		X	X			X	X				
11		X			X						
12		X	X		X		X				
13	X	X		X	X	X					
14	X	X			X	X					
15		X	X		X	X	X				
16		X				X					
17	X	X	X	X		X	X	X	X		X
18		X					X				
19	X	X				X	X	X			
20	X	X				X	X				

F1 Bejegening

F2 Info behandeling

F3 Info cliëntenrechten

F4 Bereikbaarheid

F5 Ervaren functioneren

F6 Vervulling hulpwensen

F7 Keuzemogelijkheid

F8 Info medicatie

F9 Op één lijn

F10 Communicatie beh

F11 Afronding behandeling

### 3.10 Multi-level analyses voor het discriminerend vermogen

In tabel 20 zijn de gemiddelde scores op de schalen van de CQI weergegeven. Hierbij zijn, daar waar van toepassing, zowel de scores op de onverkorte (L) als de scores op de verkorte (K) schalen gebruikt. Voor de schaal 'Op één lijn' (F9) is alleen de verkorte versie weergegeven, omdat in het geval van de lange versie vaak geen schaalscore kon worden berekend doordat een vraag met 'weet niet' werd beantwoord. In de tabel zijn de hoogste en laagste scores **vet** en **vet cursief** aangegeven.

Vrijwel alle gemiddelde schaalscores bevinden zich aan positieve kant van het schaalgemiddelde. Uitzondering is de schaal 'Informatie over cliëntenrechten', die bij elke aanbieder negatief wordt beoordeeld. Ook de schaal 'keuzemogelijkheid' wordt minder positief beoordeeld. De verschillen tussen de hoogste en laagste scores op de CQI schalen zijn op face value soms aanzienlijk. Uitgedrukt in percentage van de totale range van de schaal, variëren de verschillen tussen de uiterste waarden tussen 10 en 43%. Dat zou in het geval van een rapportcijfer betekenen dat deze uitersten 1 tot ruim 4 rapportpunten verschillen. Bijvoorbeeld in het geval van het ervaren functioneren (F5) zou – omgerekend – het hoogste rapportcijfer een 8.7 zijn en het laagste cijfer een 5.9. De CQI voor kortdurende ambulante ggz en vz lijkt daarmee een onderscheid te kunnen maken tussen beter en slechter presterende zorgaanbieders. Het maakt hierbij overi-

gens niet uit of de scores op de onverkorte of verkorte schalen wordt gebruikt. Met uitzondering van de schaal 'Informatie over cliëntenrechten' zijn beide gemiddelden nauwelijks verschillend, nog een teken dat het inkorten van de schalen geen afbreuk doet aan de kwaliteit van de data.

Tabel 20 Gemiddelde CQI schaalscores per aanbieder

<b>Aanbieder</b>	<b>F1L F1K</b>	<b>F2L F2K</b>	<b>F3L F3K</b>	<b>F4</b>	<b>F5</b>	<b>F6L</b>	<b>F7</b>	<b>F8</b>	<b>F9K</b>	<b>F10</b>	<b>F11</b>
1	3.60 3.59	0.81 0.84	0.34 0.28	2.37	3.98	0.85 0.83	0.53	<b>0.64</b>	3.05	0.57	0.72
2	3.53 3.54	0.83 0.87	0.44 0.40	2.35	3.86	0.92 0.92	0.55	<b>0.85</b>	3.10	0.67	0.65
3	3.42 3.41	0.79 0.83	0.33 0.28	2.17	3.95	0.84 0.82	0.53	0.68	3.04	0.56	0.75
4	3.42 3.42	0.78 0.81	0.28 0.23	<b>2.15</b>	4.08	0.78 0.77	0.58	0.68	2.96	<b>0.44</b>	<b>0.59</b>
5	3.65 3.64	0.86 0.90	0.46 0.36	2.38	<b>4.33</b>	0.86 0.83	0.60	0.83	3.12	0.45	0.63
6	3.48 3.47	0.84 0.87	0.48 0.44	2.30	3.95	0.87 0.85	<b>0.65</b>	0.75	3.03	0.60	0.70
7	3.49 3.44	0.81 0.85	0.38 0.33	2.40	4.08	0.90 0.90	0.53	0.80	3.08	0.64	0.70
8	3.61 3.60	0.79 0.83	<b>0.23</b> <b>0.18</b>	2.52	4.15	0.90 0.90	0.48	0.79	<b>3.26</b>	0.59	0.63
9	3.58 3.54	0.79 0.82	0.25 0.23	2.34	3.83	0.91 0.91	0.57	0.76	3.06	0.60	0.75
10	3.57 3.57	0.77 0.81	0.28 0.24	2.43	4.13	0.90 0.89	0.52	0.76	3.01	0.58	0.73
11	3.47 3.46	0.74 0.77	0.31 0.27	2.23	3.90	0.84 0.82	<b>0.46</b>	0.75	2.97	0.58	0.73
12	3.52 3.50	0.84 0.86	0.41 0.35	2.22	3.97	0.88 0.87	0.53	0.79	3.02	0.59	0.79
13	<b>3.37</b> <b>3.34</b>	<b>0.73</b> <b>0.76</b>	0.38 0.32	2.18	<b>2.93</b>	0.79 0.76	0.52	0.80	<b>2.68</b>	<b>0.87</b>	0.67
14	3.67 3.67	0.87 <b>0.92</b>	0.40 0.34	2.51	4.32	<b>0.95</b> <b>0.95</b>	0.60	0.76	3.22	0.83	0.80
15	<b>3.73</b> <b>3.75</b>	<b>0.88</b> 0.91	<b>0.54</b> <b>0.46</b>	<b>2.73</b>	4.22	0.91 0.90	<b>0.46</b>	0.77	3.25	0.82	0.71
16	3.66 3.66	0.77 0.82	0.32 0.28	2.43	4.17	0.94 0.93	0.57	0.73	3.02	0.67	<b>0.87</b>
17	3.60 3.60	0.80 0.84	0.36 0.32	2.43	3.93	0.88 0.87	0.48	0.74	3.06	0.63	0.74
18	3.61 3.56	0.81 0.84	0.37 0.33	2.34	3.79	0.88 0.87	0.53	0.81	2.96	0.72	0.77
19	3.48 3.46	0.80 0.83	0.41 0.36	2.33	3.67	<b>0.76</b> <b>0.75</b>	0.51	0.79	3.01	0.71	0.68
20	3.50 3.49	0.85 0.87	0.46 0.39	2.36	4.09	0.86 0.85	0.63	0.75	3.04	0.52	<b>0.59</b>

F1 Bejegening

F2 Info behandeling

F3 Info cliëntenrechten

F4 Bereikbaarheid

F5 Ervaren functioneren

F6 Vervulling hulpwensen

F7 Keuzemogelijkheid

F8 Info medicatie

F9 Op één lijn

F10 Communicatie beh

F11 Afronding behandeling

Het is de vraag in hoeverre verschillen tussen aanbieders worden veroorzaakt door een daadwerkelijk verschil in kwaliteit of dat de uitkomsten worden vertekend door de samenstelling van het cliëntenbestand. Om te bepalen in hoeverre de gevonden verschillen kunnen worden toegeschreven aan de aanbieders zelf, is er een multi-level analyse uitgevoerd<sup>4</sup>.

In de multi-level analyse is gecorrigeerd voor de vaste set achtergrondvariabelen (casemix adjusters) die bij alle CQI vragenlijsten wordt gebruikt: ervaren gezondheid, leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Daarnaast werd in aparte berekeningen ook gecorrigeerd voor aantal aanmeldklachten en de wijze waarop de CQI is ingevuld (op papier of via internet). De diagnoses konden niet in deze berekeningen worden meegenomen, omdat deze alleen voor twaalf van de twintig aanbieders beschikbaar waren. Zowel de onverkorte als de verkorte schalen zijn in de analyses opgenomen. Daarnaast is ook het onderscheidend vermogen van de losse items getoetst. Bij de multi-level analyses werd verder uitgegaan van een verdeling in drie klassen, zoals het bij de andere CQI vragenlijsten het geval is, en zoals de resultaten van CQI metingen op de website kiesBeter wordt gepresenteerd (een, twee of drie sterren).

In totaal zijn vier modellen getoetst:

- Model 0: ongecorrigeerde data
- Model 1: gecorrigeerd voor ervaren lichamelijke gezondheid, ervaren geestelijke gezondheid, geslacht, leeftijd en opleidingsniveau
- Model 2: gecorrigeerd voor ervaren lichamelijke gezondheid, ervaren geestelijke gezondheid, geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en aantal aanmeldklachten
- Model 3: gecorrigeerd voor ervaren lichamelijke gezondheid, ervaren geestelijke gezondheid, geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, aantal aanmeldklachten en wijze van afname (vragenlijst of internet)

De indeling in klassen leidt tot de conclusie dat op twee na, het bij alle schalen en losse items mogelijk is onderscheid te maken tussen aanbieders. Uitzonderingen waren het item 'Behandelpunten in overleg bijgesteld' en de schaal 'Afronding van de behandeling'. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het beperkte aantal respondenten dat deze vragen heeft beantwoord. Het toepassen van de vaste set casemix adjusters had inderdaad gevolgen voor de indeling in klassen. De invloed van beide andere achtergrondvariabelen was verwaarloosbaar. Verder bleek dat de verkorte schalen het even goed doen als de onverkorte. Dit betekent dat op grond van deze analyses definitief kan worden gekozen voor de verkorte schalen. De uitkomsten van de diverse multilevel analyses en de bijbehorende klasse-indeling zijn weergegeven in bijlage 10 en in de grafieken in bijlage 11.

In tabel 21 is de uiteindelijke indeling in klassen weergegeven. Hieruit blijkt dat veel aanbieders rond het gemiddelde scoren (twee sterren), met enkele uitschie-

---

<sup>4</sup> Deze multi-level analyse is op aanvraag van het Trimbos-instituut uitgevoerd door een medewerker van het NIVEL.



ters aan beide zijden. Het meeste onderscheid wordt gevonden bij 'Informatie over cliëntenrechten' en 'Bejegening'.

**Tabel 21** Onderscheidend vermogen van de CQI ;  
aantal aanbieders dat in een klasse valt.

<b>Schalen</b>	<b>3 klassen</b>		
	<b>*</b>	<b>**</b>	<b>***</b>
Ervaren functioneren	1	16	3
Bejegening door hulpverlener	6	10	4
Informatie over cliëntenrechten	6	9	5
Informatie over behandeling	2	16	2
Communicatie tussen behandelaars	1	17	2
Informatie over medicatie	2	16	2
Vervulling hulpwensen	3	12	5
Keuzemogelijkheden	4	11	5
Afronding behandeling		20	
Bereikbaarheid hulpverlener	4	11	5
Behandelaars op één lijn		17	3
<b>Losse items</b>			
Informed consent	1	18	1
Bijstellen behandelplan		20	
Keuze behandelaar	2	14	4
Keuze tijdstip behandeling	3	12	5
Meebeslissen behandelplan	2	18	

In tabel 22 zijn de resultaten van de intra class correlaties (ICC) en de bijbehorende Chi<sup>2</sup>-toetsen weergegeven. Hieruit blijkt dat de ICC's klein zijn, wat betekent dat het gaat over relatief kleine kwaliteitsverschillen. De onderlinge verschillen zijn het grootst voor de bereikbaarheid van de hulpverlener (5.20%), het instemmen met het behandelplan (5.19%), de informatie over cliëntenrechten (4.51%), en de keuze voor het tijdstip waarop de behandeling plaatsvindt (4.46%). Slechts een deel van de verschillen tussen aanbieders is significant. Dit valt te verklaren uit het feit dat veel aanbieders in de twee sterren klasse vallen en er soms slechts enkele aanbieders zijn die er positief of minder positief uitschieten (zie tabel 21). Er is dus in het algemeen sprake van een grote middenmoot met vergelijkbaar scorende aanbieders, en enkele uitzonderingen.

De geringe ICC's hebben als gevolg dat voor het gebruik van de CQI als benchmark instrument grote steekproeven nodig zijn om verschillen tussen aanbieders aan te kunnen tonen. Deze steekproefgrootte varieert per schaal (20-400, zie tabel 22). Wanneer de gehele CQI wordt afgenomen en men op alle schalen significante verschillen zou willen kunnen aantonen met een betrouwbaarheid van 0.70, zou een steekproef van 400 cliënten noodzakelijk zijn.

**Tabel 22** Intraclass correlaties voor ongecorrigeerde en gecorrigeerde data en de grootte van de benodigde steekproef om een betrouwbaarheid van 0.70 te halen (Chi<sup>2</sup>-toets).

<b>Schaal/item</b>	<b>ICC ongecorr.</b>	<b>P</b>	<b>ICC gecorr.</b>	<b>p</b>	<b>Benodigde steekproef</b>
Ervaren functioneren	2.39	<.05	1.17		200
Informatie over medicatie	0.90		1.07		250
Instemmen behandelplan	5.32		5.19		150
Keuzemogelijkheden	1.88	<.05	1.71	<.05	150
Vervulling hulpwensen	2.00	<.05	2.18	<.05	100
Vervulling hulpwensen (kort)	2.11	<.05	2.27	<.05	100
Bijstellen behandelplan	0.00		0.00	n.v.t.	--
Communicatie behandelaars	3.48		3.65	.	75
Bejegening	2.50	<.05	2.32	<.05	100
Bejegening (kort)	2.47	<.05	2.22	<.05	100
Informatie behandeling	1.28		1.13		200
Informatie behandeling (kort)	1.12		1.00		250
Informatie cliëntenrechten	4.00	<.01	3.75	<.05	75
Informatie cliëntenrechten (kort)	4.75	<.01	4.51	<.01	50
Bereikbaarheid hulpverlener	4.18	<.05	5.20	<.01	50
Behandelaars op één lijn	0.77		0.67		400
Afronding behandeling	0.02		0.78		300
Langer dan 15 minuten wachten	0.76		0.58		400
Keuze behandelaar	1.30		1.62		100
Keuze tijdstip behandeling	4.45	<.05	4.46	<.05	20
Meebeslissen behandelplan	3.10		3.74		25

Op grond van de resultaten van deze tweede pilotstudie hebben de deelnemende aanbieders hun data ontvangen ten behoeve van de Basisset Prestatie-indicatoren. Deze gegevens met bijbehorende grafieken zijn weergegeven in bijlagen 12 en 13.

## 4 Conclusie

De tweede pilotstudie op de CQI voor kortdurende ambulante ggz en vz heeft uitgewezen dat de vragenlijst geschikt is voor gebruik in een populatie cliënten die een kortdurende ggz- of vz-behandeling (hebben) ontvangen. De respondenten waren over het algemeen goed in staat de vragenlijsten in te vullen. Het aantal missende waarden bleef beperkt tot minder dan 5% en ongeveer 90% van de vragenlijsten was vrijwel volledig ingevuld. Er werden ook geen aanwijzingen gevonden dat men voortijdig afhaakte omdat de lijst te lang was. Naar het einde van de vragenlijst toe blijft het aantal missende waarden per item gelijk. Bijna 90% van de respondenten had geen hulp nodig gehad bij het invullen. Dit lijkt verrassend omdat uit een taalanalyse op de versie van de CQ-index die wordt gebruikt in de thuiszorg bleek, dat het taalniveau hoog ligt en dat slechts 40% van de Nederlanders taalvaardig genoeg is om de vragen uit de CQI te begrijpen en te beantwoorden (BureauTaal, 2008). Dit deed vermoeden dat alleen goed functionerende en hoger opgeleide cliënten, of cliënten met minder ernstige problematiek, in staat zijn geweest de lijst in te vullen. Dit vermoeden kan niet worden gestaafd met de onderzoeksresultaten. Uit de non-responsanalyse komt niet naar voren dat er sprake is geweest van een selectieve bias, behalve de bekende oververtegenwoordiging van wat oudere cliënten en – in mindere mate – van vrouwen. Ook de verdeling van opleidingsniveau en etnische achtergrond geven geen aanleiding om een selectieve bias te vermoeden. Voor zover kon worden nagegaan – de diagnose was niet voor alle aanbieders bekend - was er vrijwel geen sprake van een selectieve bias op basis van diagnose. Uit de resultaten van één van de verslavingszorgaanbieders bleek echter wel dat cliënten met een verslaving aan opiaten of cocaïne minder vaak repondeerden in vergelijking met cliënten met een verslaving aan alcohol.

De verschillen in responspercentages tussen aanbieders zijn overigens wel opvallend. Omdat er geen aanwijzingen zijn dat dit wordt veroorzaakt door een selectieve uitval, moet de oorzaak hiervoor elders worden gezocht. De verschillen in respons hangen deels samen met het type aanbieder. De RIAGG's en vz-aanbieders hebben gemiddeld een lagere respons dan (vooral) de 'nieuwe aanbieders'. Echter, ook binnen de typen aanbieders bestaan soms aanzienlijke verschillen. Hoewel dit geen onderwerp van onderzoek was, lijkt een goede introductie van de CQI bij de cliënten en het benadrukken van het belang van deelname (uw stem wordt gehoord) een positief effect op de respons te hebben. De respons blijft hiermee wel een punt van aandacht.

Een nieuwe factoranalyse op de data leverde in eerste instantie twaalf factoren op waarin bijna alle items konden worden ondergebracht. Een factor met vragen over het behandelplan was echter niet betrouwbaar. Het feit dat zoveel factoren werden gevonden en dat deze vrijwel overeenkwamen met de factoren uit de eerste pilot is ook een bewijs van de validiteit van de gegeven antwoorden. Er is onderlinge samenhang waar dat kan worden verwacht. De respondenten hebben niet 'zo maar' wat ingevuld. Het op basis van de eerste pilot aanpassen van de

formulering van vragen in versie 2.0 van de CQI hebben de kwaliteit van de vragenlijst en de validiteit van de antwoorden verder vergroot. Dit resulteerde in vier extra factoren waarvoor schalen kunnen worden gemaakt.

Het onderscheiden vermogen van de CQI voor kortdurende ambulante ggz en vz is bemoedigend. Op vrijwel alle schalen en items kunnen relatief hoger of lager scorende aanbieders worden onderscheiden. De resultaten van de CQI zijn dus geschikt voor benchmarking en betekenisvolle cliënteninformatie, al moet wel worden benadrukt dat de verschillen in absolute zin soms gering zijn, waarbij er meestal sprake is van een grote middenmoot met enkele uitschieters. Hierdoor zijn bij een aantal schalen de onderlinge verschillen niet significant. Overigens kan niet van goede of slechte kwaliteit worden gesproken. Met uitzondering van informatie over cliëntenrechten worden alle schalen gemiddeld (gematigd) positief beoordeeld, zodat er eerder sprake is van goede en betere aanbieders. Het gebruik van verkorte schalen leidt niet tot een slechter onderscheidend vermogen.

De relatie tussen diagnose en CQI scores lijkt beperkt. Deze relatie kon echter slechts voor een deel van de aanbieders worden onderzocht. Het gescheiden aanleveren van personalia en achtergrondbestanden heeft in dit onderzoek niet goed gewerkt. Voor een deel zijn deze bestanden in het geheel niet aangeleverd en voor een deel waren de bestanden niet te koppelen. Al met al heeft dit geleid tot een beperkte analyse op de invloed van diagnose op respons en uitkomsten. Bij de implementatie van de CQI bij alle ggz- en vz-aanbieders in Nederland zal aan dit aspect extra aandacht moeten worden besteed.

De CQI uitkomsten zijn wel gevoelig voor cliëntkenmerken. Bijvoorbeeld de aard van de behandeling lijkt een rol te spelen bij de beoordeling van de zorg als geheel. Dit blijkt vooral het geval te zijn voor cliënten die een behandelplan hebben. Zij scoren over de gehele linie positiever dan degenen die zo'n plan niet (zeggen te) hebben. Het is onduidelijk of dit het geval is van een betere kwaliteit van zorg of dat er sprake is van 'cliëntbias', tevredener klanten die positiever tegen hun behandeling aankijken. Dit laatste lijkt het geval te zijn. Dat zou echter betekenen dat de CQI toch een vorm van waardering of tevredenheid meet en niet zuiver de objectieve ervaringen van cliënten. Dit geldt misschien ook voor het resultaat dat mensen met betaald werk en cliënten met een afgeronde behandeling in het algemeen positiever oordelen. Wat betreft de overige achtergrondvariabelen kan worden gesteld dat (ex)cliënten die geen medicatie gebruiken, één behandelaar hebben, van Nederlandse afkomst zijn, vrouw en/of ouder dan 45 jaar, hun ervaringen met de hulpverlening positiever beoordelen. De relatie tussen achtergrondvariabelen en CQI scores geeft in de toekomst eventueel aanleiding tot uitbreiding van de set case mix adjusters. Vooralsnog wordt echter uitgegaan van de in dit onderzoek gebruikte standaardset (ervaren geestelijk en lichamelijk functioneren, geslacht, leeftijd en opleidingsniveau).

Vijf schalen konden worden verkort en een aantal items verwijderd. Dit had geen negatieve gevolgen voor de betrouwbaarheid en validiteit van de schalen en ook niet voor het onderscheidend vermogen. Op grond van de hier besproken analyses kan dan ook worden besloten het aantal items van de CQI voor kortdurende ambulante ggz en vz terug te brengen van 79 tot 63<sup>5</sup>. Dit levert de definitieve versie (versie 4.0<sup>6</sup>) op die is opgenomen in bijlage 14.

---

<sup>5</sup> Op grond van de analyses kon de vragenlijst worden teruggebracht tot 62 vragen. In de definitieve versie 4.0 is één extra verplichte vraag (#51) toegevoegd.

<sup>6</sup> Versie 3.0 was een tussenversie die verder niet is gebruikt.



## Literatuur

Analyse taalniveau CQ Index Ervaringen met de zorg thuis. Beusichem: BureauTaal; 2008.

Beroepscode voor psychologen 2007 van het Nederlands Instituut van Psychologen. Amsterdam: NIP; 2007.

Dillman, DA. Mail and internet surveys. The Tailored Design Method. New York: John Wiley Co; 2000.

Gedragcode Gezondheidsonderzoek van de Stichting Federatie van Medisch Wetenschappelijke Verenigingen. Rotterdam: FMWV; 2004.

Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg; Basisset 2007-2008. Utrecht: IGZ; 2007.

Sixma H, Delnoij D, Stubbe J, Triemstra M, Damman O, Vriens B et al. Handboek CQI Meetinstrumenten. Centrum Klantervaring Zorg (CKZ), Utrecht, 2007.

Wijngaarden B van, Kok I. Prestatie-indicatoren en meetinstrumenten: prestaties door de ogen van de cliënt. In: Havenaar J, Splunteren P van, Wennink HJ, redactie. Koersen op kwaliteit in de GGZ. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2008.

Wijngaarden B van, Kok I, Meije D, Fotiadis L. Een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante ggz; De ontwikkeling en psychometrische kwaliteiten van een vragenlijst voor het meten van cliëntervaringen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2007.

Wijngaarden B van, Kok I, Meije D, Fotiadis L. Een Consumer Quality Index voor de langdurende en klinische ggz. De haalbaarheid van het afnemen van CQ-Index vragenlijsten bij Iza- en klinisch opgenomen cliënten: verslag van een kwalitatieve pre-pilotstudie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008a.

Wijngaarden B van, Kok I, Sixma H (2008b). De bruikbaarheid van een CQ-index voor de ggz, verslavingszorg en gehandicaptenzorg: eerste bevindingen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)*, **8**, 463-470.

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





**Bijlage 1:      Versie 2.0 CQI**

Ervaringen met de ambulante geestelijke  
gezondheidszorg

Consumer Quality Index ggz  
(CQ-Index)

versie 2.0 juli 2007

## Algemene informatie

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de ambulante geestelijke gezondheidszorg (ggz). Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt.

Dit onderzoek wordt verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en wordt uitgevoerd door medewerkers van het Trimbos-instituut, een onafhankelijk onderzoeksinstituut. Heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met het Trimbos-instituut (Daniëlle Meije, tel. 030-2959321).

## Over het woordgebruik in de vragenlijst

In de ggz worden uiteenlopende omschrijvingen gebruikt. Om de vragenlijst overzichtelijk te houden, is ervoor gekozen een beperkt aantal omschrijvingen te gebruiken.

- **Behandelaar:** Hiermee wordt ook bedoeld hulpverlener, therapeut, psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er) of psycholoog. Als u behandeld wordt door een team van behandelaars dan heeft de term betrekking op de behandelaar met wie u het meest contact heeft.
- **Behandeling:** Hieronder wordt ook hulp, hulpverlening, ondersteuning en begeleiding verstaan.
- **Behandelovereenkomst:** U kunt dit ook lezen als 'behandelplan' of 'behandelafspraken'.
- **Klachten:** Hiermee worden de (psychische) klachten en problemen bedoeld waarvoor u hulp zoekt/heeft gezocht.
- **Hem of haar:** Tot slot wordt er in de gehele tekst over 'hem' gesproken, u kunt dit lezen als 'hem/haar'.

## VRAAG VOORAF

**1. Heeft u in de afgelopen 4 maanden tenminste één behandelcontact gehad met een therapeut, psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige of psycholoog?**

- Ja  
 Nee

**Zo nee, dan is deze vragenlijst niet voor u bedoeld. Zou u in dit geval deze vraag met 'nee' willen beantwoorden en de vragenlijst willen terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolp?**

### Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

Beantwoord de vragen door een kruisje te zetten in **het vakje** dat links van het antwoord staat. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij die vragen staat dan aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.

Het is ook mogelijk dat bepaalde vragen op u niet van toepassing zijn. In de lijst wordt dan met een pijl aangegeven welke vragen u kunt overslaan en met welke vraag u kunt verdergaan:

- Nee  
 Ja → **ga verder met vraag 10**

De meeste vragen hebben betrekking op de **afgelopen twaalf maanden**. Het kan zijn dat uw huidige behandeling korter dan twaalf maanden duurt. U kunt de vraag dan beantwoorden voor deze periode.

Beantwoord de lijst vraag voor vraag. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het is belangrijk dat u uw eigen ervaringen weergeeft.

Na het invullen kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolp. U hoeft geen postzegel te plakken.

## **HULPVRAAG**

Er zijn verschillende redenen waarom iemand een behandeling in de ambulante ggz krijgt. Deze redenen kunnen van psychische aard zijn of samenhangen met moeilijkheden die mensen ondervinden.

### **2. Waarvoor heeft u hulp gezocht?**

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk; u kunt alle antwoorden aankruisen die op u van toepassing zijn.

- Depressieve klachten, somberheid, het niet meer zien zitten, niets meer voelen, nergens plezier in hebben
- Angst, fobie, dwanghandelingen en/of dwanggedachten
- Eetproblemen
- Psychose, wanen, hallucinaties, (ernstige) verwardheid
- Sterk wisselende stemmingen
- Persoonlijkheidsproblematiek (bijvoorbeeld borderline)
- Psychische klachten met een lichamelijke oorzaak
- Overbelastingsklachten, zoals burn-out, overspannenheid, stress, zich overbelast voelen
- Problemen vanwege het gebruik van alcohol, drugs, of door gokken
- Problemen met werk/baan, financiën, huisvesting, werk of school
- Relatieproblemen, huiselijk geweld, problemen in de opvoeding
- Rouw
- Andere reden(en), namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

### **3. Wanneer zijn uw huidige klachten ongeveer begonnen?**

- Korter dan 1 maand geleden
- 1 tot 3 maanden geleden
- 3 tot 6 maanden geleden
- 6 maanden tot 1 jaar geleden
- 1 tot 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar geleden

## **BEREIKBAARHEID VAN DE BEHANDELAAR(S)**

De volgende vragen gaan over de bereikbaarheid van de behandelaar(s). Neem hierbij de afgelopen twaalf maanden in gedachten.

Met behandelaar wordt ook bedoeld hulpverlener, therapeut, psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er) of psycholoog. Als u behandeld wordt door een team van behandelaars dan heeft de term betrekking op de behandelaar met wie u het meest contact heeft

### **4. In hoeverre is het voor u een probleem om een afspraak met uw behandelaar snel te laten plaatsvinden**

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

### **5. Hoe vaak bent u binnen 15 minuten na uw afspraak toegelaten tot de spreekkamer van de behandelaar?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

### **6. In hoeverre is het voor u een probleem om een behandelaar telefonisch te bereiken tijdens kantooruren?**

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

### **7. In hoeverre is het voor u een probleem om een behandelaar telefonisch te bereiken buiten kantooruren, in geval van nood?**

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

**8. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan de bereikbaarheid van de behandelaar(s), waarbij 0 de slechtst mogelijke bereikbaarheid en 10 de best mogelijke bereikbaarheid is?**

- 0 slechtst mogelijke bereikbaarheid
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke bereikbaarheid

#### **INFORMATIEVOORZIENING**

Deze vragen hebben betrekking op de afgelopen twaalf maanden. Onder behandeling wordt ook hulp, hulpverlening, ondersteuning en begeleiding verstaan.

**9. Bent u geïnformeerd over de behandelingsmogelijkheden die er voor uw klachten zijn?**

- Ja
- Nee

**10. Bent u geïnformeerd over de aanpak van uw huidige behandeling?**

- Ja
- Nee

**11. Bent u geïnformeerd over hoe u met uw klachten om kunt gaan?**

- Ja
- Nee

**12. Bent u geïnformeerd over mogelijke lichamelijke oorzaken van uw klachten?**

- Ja
- Nee

**13. Bent u geïnformeerd over het resultaat dat u van de behandeling kunt verwachten?**

- Ja
- Nee

**14. Bent u geïnformeerd over de mogelijkheid tot het betrekken van familie of vrienden bij de behandeling?**

- Ja
- Nee

**15. Heeft u in de afgelopen twaalf maanden medicijnen gebruikt voor uw psychische klachten?**

- Ja
- Nee → ga verder met vraag 19

**16. Bent u geïnformeerd over de verschillende soorten medicijnen die er bestaan voor uw klachten?**

- Ja
- Nee

**17. Bent u geïnformeerd over de werking van de medicijnen die u gebruikt?**

- Ja
- Nee

**18. Bent u geïnformeerd over de eventuele (lichamelijke) bijwerkingen van de medicijnen die u gebruikt?**

- Ja
- Nee

**19. Bent u geïnformeerd over behandelmogelijkheden elders?**

- Ja
- Nee

**20. Bent u geïnformeerd over andere vormen van behandeling of ondersteuning zoals zelfhulpprogramma's, cliëntondersteuning, patiëntenverenigingen, E-hulp en alternatieve geneeswijzen?**

- Ja
- Nee

**21. Bent u geïnformeerd over uw rechten en plichten als cliënt?**

- Ja
- Nee

**22. Bent u geïnformeerd over uw rechten als cliënt wat betreft het inzien van uw cliëntdossier?**

- Ja
- Nee

**23. Bent u geïnformeerd over uw rechten als cliënt wat betreft de mogelijkheden tot een second opinion?**

- Ja
- Nee

**24. Bent u geïnformeerd over uw rechten als cliënt wat betreft de klachtenprocedure?**

- Ja
- Nee

**25. Hoe vaak legt uw behandelaar u dingen op een begrijpelijke manier uit?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**26. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan de informatievoorziening, waarbij 0 de slechtst mogelijk informatievoorziening en 10 de best mogelijke informatievoorziening is?**

- 0 slechtst mogelijke informatievoorziening
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke informatievoorziening

#### **INSPRAAK EN KEUZEVRIJHEID**

De volgende vragen gaan over de mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen op de behandeling. Neem hierbij de laatste twaalf maanden in gedachten.

**27. Kunt u uw voorkeuren aangeven voor een bepaalde vorm van behandeling?**

- Ja
- Nee

**28. Kunt u kiezen uit verschillende soorten behandelingen?**

- Ja
- Nee

**29. Kunt u kiezen wie uw behandelaar is?**

- Ja
- Nee

**30. Kunt u kiezen op welk tijdstip van de dag de behandeling plaatsvindt?**

- Ja
- Nee

**31. Hoe vaak laat de behandelaar u meebeslissen over uw behandeling?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**32. Is er een behandelplan gemaakt?**

- Ja
- Nee → *ga verder met vraag 36*

**33. Kunt u meebeslissen over de inhoud van uw behandelplan?**

- Ja
- Nee

**34. Heeft u ingestemd met uw behandelplan?**

- Ja
- Nee

**35. Is het behandelplan in overleg met u bijgesteld?**

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing

**36. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven met betrekking tot inspraak en keuzevrijheid, waarbij 0 de slechtst mogelijke inspraak en 10 de best mogelijke inspraak is?**

- 0 slechtst mogelijke inspraak en keuzevrijheid
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke inspraak en keuzevrijheid

**BEJEGENING**

De volgende vragen gaan over hoe de behandelaar met u omging in de afgelopen twaalf maanden.

**37. Hoe vaak besteedde uw behandelaar voldoende tijd aan u?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**38. Hoe vaak luisterde uw behandelaar aandachtig naar u?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**39. Hoe vaak behandelde uw behandelaar u beleefd?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**40. Hoe vaak behandelde uw behandelaar u met respect?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**41. Hoe vaak nam de behandelaar u serieus?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**42. Hoe vaak was uw behandelaar geïnteresseerd in uw mening?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**43. Was de behandeling voldoende afgestemd op uw persoonlijke achtergrond (levensovertuiging, taal, afkomst, cultuur)?**

- Ja
- Nee

**44. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan de bejegening door uw behandelaar, waarbij 0 de slechtst mogelijke bejegening en 10 de best mogelijke bejegening is?**

- 0 slechts mogelijke bejegening
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke bejegening

#### **DESKUNDIGHEID VAN UW BEHANDELAAR**

In de volgende vragen staat de kennis en kunde van uw behandelaar centraal. Het betreft de behandelaar waarmee u in laatste twaalf maanden het meest contact heeft gehad.

**45. Begrijpt uw behandelaar in voldoende mate wat uw klachten zijn?**

- Ja
- Nee

**46. Stelt uw behandelaar doorgaans de juiste vragen?**

- Ja
- Nee

**47. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan uw behandelaar, waarbij 0 de slechtst mogelijke en 10 de best mogelijke behandelaar is?**

- 0 slechtst mogelijke behandelaar
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke behandelaar

#### **VERANDERINGEN IN KLACHTEN EN FUNCTIONEREN**

De volgende vragen gaan over hoe het nu met u gaat in vergelijking met twaalf maanden geleden.

**48. Vergeleken met twaalf maanden geleden, hoe vindt u dat u nu functioneert?**

- Veel minder goed
- Iets minder goed
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje beter
- Veel beter

**49. Vergeleken met twaalf maanden geleden, hoe vindt u dat u nu met uw klachten omgaat?**

- Veel minder goed
- Iets minder goed
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje beter
- Veel beter

**50. Vergeleken met twaalf maanden geleden, hoe beoordeelt u nu uw klachten? Het gaat nu:**

- Veel minder goed
- Iets minder goed
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje beter
- Veel beter



**51. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan de behandeling die u in de afgelopen twaalf maanden hebt gekregen, waarbij 0 de slechtst mogelijke behandeling en 10 de best mogelijke behandeling is?**

- 0 slechtst mogelijke behandeling
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijk behandeling

#### **INFORMATIE-UITWISSELING      BE- HANDELAARS**

De volgende vragen gaan over de samenwerking tussen verschillende behandelaars. Hou hierbij de afgelopen twaalf maanden in gedachten.

**52. Krijgt u behalve hulp van uw behandelaar ook nog hulp van een andere behandelaar (bijvoorbeeld van uw huisarts)?**

- Ja
- Nee → ga verder met vraag 61

**53. Heeft uw behandelaar toestemming gevraagd om informatie over u met een of meerdere andere behandelaars te delen?**

- Nee
- Ja, eenmalig
- Ja, verschillende keren

**54. Zijn er duidelijke afspraken gemaakt tussen de behandelaars over wie de verantwoordelijkheid heeft voor uw behandeling?**

- Ja
- Nee

**55. Krijgt uw andere behandelaar onjuiste informatie waardoor u alles opnieuw moest vertellen over uw klachten?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**56. Zitten de (beide) behandelaars op één lijn als het over de beste behandeling voor uw klachten gaat?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**57. Geven de verschillende behandelaars u tegenstrijdige informatie over uw behandeling?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**58. Wordt uw huisarts geïnformeerd over uw behandeling door uw behandelaar?**

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

**59. Wordt uw behandelaar geïnformeerd over uw lichamelijk functioneren door uw huisarts?**

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

**60. Welk cijfer van 0 tot 10 zou u geven aan de informatie-uitwisseling tussen behandelaren die u heeft ondervonden, waarbij 0 de slechtst mogelijke informatie-uitwisseling en 10 de best mogelijke informatie-uitwisseling is?**

- 0 slechtst mogelijke informatie-uitwisseling
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 best mogelijke informatie-uitwisseling

#### **EVALUATIE EN AFRONDING BEHANDLING**

De volgende vragen gaan over hoe u behandeling tot nu toe is verlopen en over eventuele afronding van uw behandeling.

**61. Wanneer is uw meest recente behandeling gestart?**

- Korter dan 1 maand geleden
- 1 tot 3 maanden geleden
- 3 tot 6 maanden geleden
- 6 maanden tot 1 jaar geleden
- 1 tot 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar geleden

**62. Is uw behandeling inmiddels afgerond?**

- Ja
- Nee → **ga verder met vraag 66**

**63. Is de behandeling naar uw tevredenheid afgerond?**

- Ja
- Nee

**64. Zijn er afspraken gemaakt over nazorg?**

- Ja
- Nee

**65. Zijn er afspraken gemaakt over wat u moet doen als uw klachten terugkomen of verergeren?**

- Ja
- Nee

**66. Is/was de behandeling naar uw mening de juiste aanpak voor uw klachten?**

- Ja
- Nee

**67. Wordt/werd het behandelplan naar uw wens uitgevoerd?**

- Ja
- Nee

#### **OVER UZELF**

Ten slotte nog enkele vragen over uzelf.

**68. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?**

- Slecht
- Matig
- Goed
- Zeer goed
- Uitstekend

**69. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw psychische gezondheid?**

- Slecht
- Matig
- Goed
- Zeer goed
- Uitstekend

**70. Bent u een man of een vrouw?**

- Man
- Vrouw

**71. Wat is uw leeftijd?**

- 18 tot en met 24 jaar
- 25 tot en met 34 jaar
- 35 tot en met 44 jaar
- 45 tot en met 54 jaar
- 55 tot en met 64 jaar
- 65 tot en met 74 jaar
- 75 jaar of ouder

**72. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?**

- Geen onderwijs gevolgd of het (nog) niet afgemaakt
- Lagere school (basisonderwijs)
- Lager beroepsonderwijs (LBO, LTS, LHNO, huishoud-/ambachtsschool, LEAO, lager land- en tuinbouwonderwijs etc.)
- Voorbereidend of kort middelbaar beroepsonderwijs (VMBO, KMBO)
- Middelbaar algemeen onderwijs (LAVO, ULO, MULO, MAVO, 3-jaar HBS etc.)
- Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, MTS, MEAO, Praktijkdiploma Boekhouden, Kleuterkweekschool etc.)
- Voortgezet algemeen onderwijs (5-jaar HBS, MMS, HAVO, lyceum, atheneum, gymnasium, VWO etc.)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO, Sociale Academie, HHNO, Lerarenonderwijs, kandidaatsexamen etc.)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Post academisch (notariaat, doctorstitel, medisch specialist)
- Anders, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**73. Hebt u momenteel een betaalde baan?**

- Ja
- Nee

**74. Wat is uw geboorteland?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**75. Wat is het geboorteland van uw vader?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**76. Wat is het geboorteland van uw moeder?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**77. Welke taal spreekt u thuis meestal?**

- Nederlands
- Anders, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**78. Heeft iemand u geholpen bij het invullen van deze vragenlijst?**

- Ja
- Nee → **einde vragenlijst**

**79. Hoe heeft die persoon u geholpen? Kruis alles aan wat van toepassing is.**

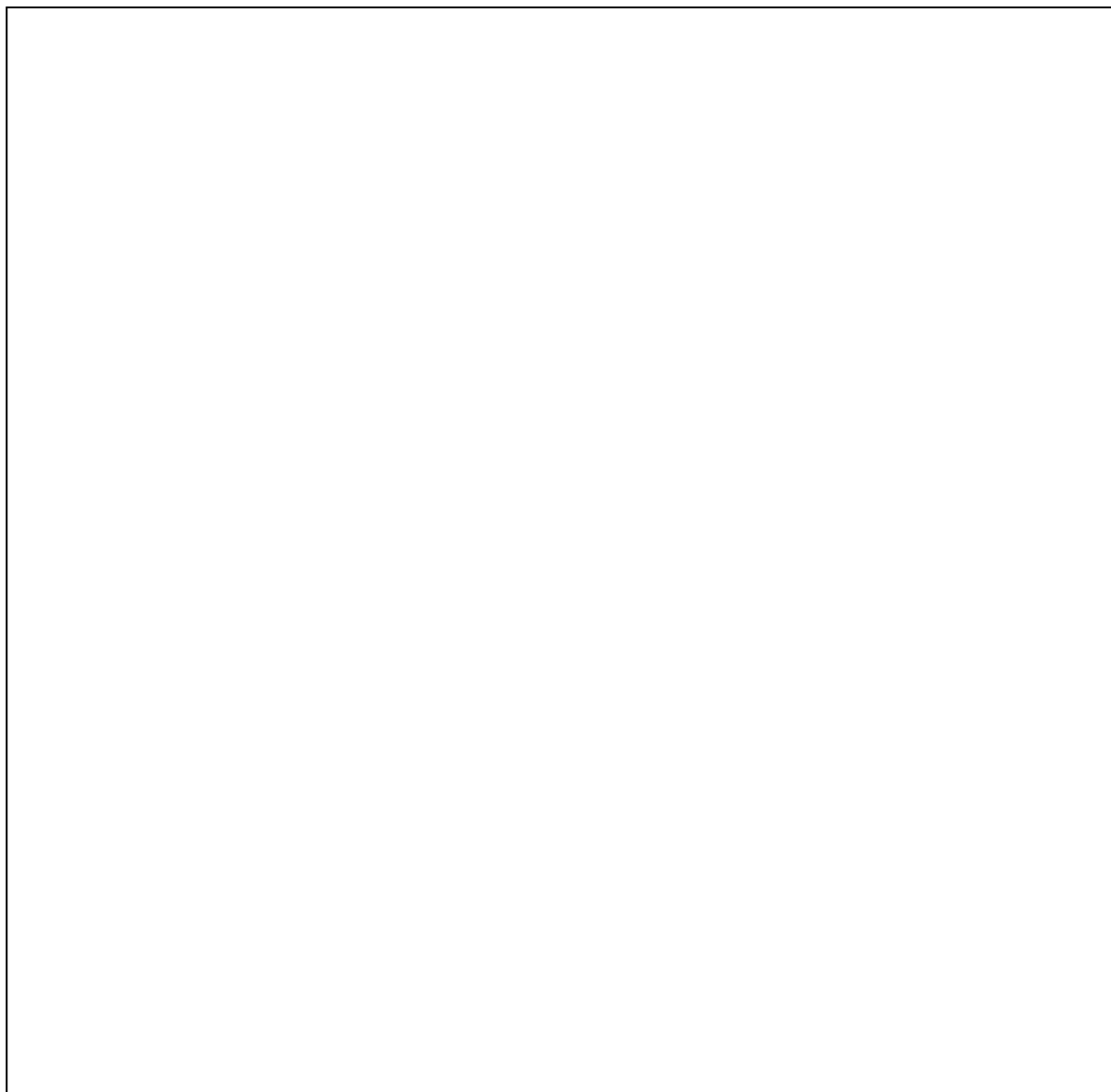
- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- Heeft de vragen voor mij beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Heeft op een andere manier geholpen, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**OPMERKINGEN**

Mocht u nog opmerkingen of vragen hebben, dan kunt u de onderstaande ruimte hiervoor gebruiken.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide comments or questions.

**Hartelijk dank voor uw medewerking**

**Bijlage 2:      Versie 1.0 Belangvragenlijst**

Ervaringen met de kortdurende ambulante  
geestelijke gezondheidszorg of  
verslavingszorg

Belangvragenlijst

Consumer Quality Index

versie 1.0 16 november 2007

## Algemene informatie

Momenteel wordt een vragenlijst ontwikkeld waarmee kan worden gemeten, welke ervaringen cliënten hebben met de ambulante geestelijke gezondheidszorg (ggz). Deze ervaringen kunnen over verschillende onderdelen van de zorg gaan. Bijvoorbeeld over de vraag of cliënten door de hulpverleners serieus en met respect worden behandeld, of over de vraag of cliënten goede informatie krijgen over hun behandeling, over hun cliëntenrechten, en over de mate waarin zij inspraak hebben.

De vragenlijst heeft de naam 'Consumer Quality Index' (CQ-Index) gekregen en wordt aan ongeveer 6000 cliënten uit het gehele land verzonden. De resultaten van de onderzoeken met deze CQ-Index worden onder meer gebruikt om cliënten te helpen met het kiezen van de beste zorg (bijvoorbeeld via de internet website kiesBeter).

Niet alleen de ervaringen van cliënten zijn belangrijk, maar ook de vraag wat zij in de zorg het meest belangrijk vinden. Daarom wordt er bij nog eens 2000 (ex)cliënten uit het gehele land een 'Belangvragenlijst' afgenomen. U bent één van deze personen. Wij verzoeken u vriendelijk deze lijst voor ons in te vullen. De resultaten van alle ingevulde vragenlijsten samen worden gebruikt om aan te geven, welke onderdelen van de zorg cliënten het meest belangrijk vinden.

Alle gegevens worden anoniem en vertrouwelijk verwerkt

Medewerkers van het Trimbos-instituut voeren dit onderzoek uit in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit is een onafhankelijk onderzoeksinstituut op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. Heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met het Trimbos-instituut (Daniëlle Meije, tel. 030-2959321).

## Over het woordgebruik in de vragenlijst

In de ggz worden uiteenlopende omschrijvingen gebruikt. Om de vragenlijst overzichtelijk te houden, is ervoor gekozen een beperkt aantal omschrijvingen te gebruiken.

- **Behandelaar:** Hiermee wordt ook bedoeld hulpverlener, therapeut, psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er), maatschappelijk werker of psycholoog. Als u meerdere behandelaars heeft, dan gaat het over de behandelaar met wie u het meest contact heeft.
- **Behandeling:** Hieronder wordt ook hulp, hulpverlening, ondersteuning en begeleiding verstaan.
- **Behandelovereenkomst:** U kunt dit ook lezen als 'behandelplan' of 'behandelafspraken'.
- **Klachten:** Hiermee worden de (psychische) klachten en problemen bedoeld waarvoor u hulp zoekt/heeft gezocht.
- **Hem of haar:** Tot slot wordt er in de gehele tekst over 'hem' gesproken, u kunt dit lezen als 'hem/haar'.

## VRAAG VOORAF

**1. Heeft u in de afgelopen 4 maanden tenminste één behandelcontact gehad met een therapeut, maatschappelijk werker, psychiater, sociaal psychiatisch verpleegkundige of psycholoog?**

- Ja
- Nee

**Zo nee, dan is deze vragenlijst niet voor u bedoeld. Zou u in dit geval deze vraag met 'nee' willen beantwoorden en de vragenlijst willen terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvelop?**

### Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

U kunt kiezen om de papieren vragenlijst in te vullen, of dit via internet te doen met de meegestuurde inlogcode.

In het geval van de papieren vragenlijst kunt u de vragen beantwoorden door een kruisje te zetten in **het vakje** dat links van het antwoord staat. Bij enkele vragen zijn meer antwoorden mogelijk. Dat staat bij die vragen aangegeven.

Na het invullen kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvelop. U hoeft geen postzegel te plakken.

In het geval dat u de vragenlijst via internet beantwoordt, kunt u de vragen beantwoorden door **het vakje** bij uw antwoord met uw muis aan te klikken. Bij enkele vragen zijn meer antwoorden mogelijk. Dat staat bij die vragen aangegeven. U hoeft de hele vragenlijst niet in één keer in te vullen. U kunt halverwege uitloggen en op een later moment verder gaan. Als u een vraag beantwoordt, wordt dit antwoord automatisch naar ons internetadres verstuurd. Als u de laatste vraag heeft beantwoord, wordt de lijst afgesloten en kunt u niets meer veranderen.

Beantwoord de lijst vraag voor vraag. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het is belangrijk dat u uw eigen ervaringen weergeeft.



## HULPVRAAG

Er zijn verschillende redenen waarom iemand een behandeling in de ambulante ggz krijgt. Deze redenen kunnen van psychische aard zijn of samenhangen met moeilijkheden die mensen ondervinden.

### **2. Waarvoor heeft u hulp gezocht?**

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk; u kunt alle antwoorden aankruisen die op u van toepassing zijn.

- Depressieve klachten, somberheid, het niet meer zien zitten, niets meer voelen, nergens plezier in hebben
- Angst, fobie, dwanghandelingen en/of dwanggedachten
- Eetproblemen
- Psychose, wanen, hallucinaties, (ernstige) verwardheid
- Sterk wisselende stemmingen
- Persoonlijkheidsproblematiek (bijvoorbeeld borderline)
- Psychische klachten met een lichamelijke oorzaak
- Overbelastingsklachten, zoals burn-out, overspannenheid, stress, zich overbelast voelen
- Problemen vanwege het gebruik van alcohol, drugs, of door gokken
- Problemen met werk/baan, financiën, huisvesting, werk of school
- Relatieproblemen, huiselijk geweld, problemen in de opvoeding
- Rouw
- Andere reden(en), namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

### **3. Wanneer zijn uw huidige klachten ongeveer begonnen?**

- Korter dan 1 maand geleden
- 1 tot 3 maanden geleden
- 3 tot 6 maanden geleden
- 6 maanden tot 1 jaar geleden
- 1 tot 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar geleden

## BEREIKBAARHEID VAN DE BEHANDELAAR(S)

De volgende vragen gaan over de bereikbaarheid van de behandelaar(s).

### **4. Hoe belangrijk vindt u het om een afspraak met uw behandelaar snel te laten plaatsvinden?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het aller grootste belang

### **5. Hoe belangrijk vindt u het om binnen 15 minuten na uw afspraak toegelaten te worden tot de spreekkamer van uw behandelaar?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het aller grootste belang

### **6. Hoe belangrijk vindt u het om uw behandelaar telefonisch te kunnen bereiken tijdens kantooruren?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het aller grootste belang

### **7. Hoe belangrijk vindt u het om uw behandelaar telefonisch te kunnen bereiken buiten kantooruren, in geval van nood?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het aller grootste belang

## **INFORMATIEVOORZIENING**

Onder behandeling wordt ook hulp, hulpverlening, ondersteuning en begeleiding verstaan.

**8. Hoe belangrijk vindt u het om geïnformeerd te worden over de behandelingsmogelijkheden die er voor uw klachten zijn?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**9. Hoe belangrijk vindt u het om geïnformeerd te worden over de aanpak van uw huidige behandeling?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**10. Hoe belangrijk vindt u het om geïnformeerd te worden over hoe u met uw klachten om kunt gaan?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**11. Hoe belangrijk vindt u het om geïnformeerd te worden over mogelijke lichamelijke oorzaken van uw klachten?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**12. Hoe belangrijk vindt u het om geïnformeerd te worden over het resultaat dat u van de behandeling kunt verwachten?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**13. Hoe belangrijk vindt u het om geïnformeerd te worden over de mogelijkheid tot het betrekken van familie of vrienden bij uw behandeling?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**14. Heeft u in de afgelopen twaalf maanden medicijnen gebruikt voor uw psychische klachten?**

- Ja
- Nee → ga verder met vraag 18

**15. Hoe belangrijk vindt u het om geïnformeerd te worden over de verschillende soorten medicijnen die er bestaan voor uw klachten?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**16. Hoe belangrijk vindt u het om geïnformeerd te worden over de werking van de medicijnen die u gebruikt?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**17. Hoe belangrijk vindt u het om geïnformeerd te worden over de eventuele (lichamelijke) bijwerkingen van de medicijnen die u gebruikt?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**18. Hoe belangrijk vindt u het om geïnformeerd te worden over behandelmogelijkheden elders?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**19. Hoe belangrijk vindt u het om geïnformeerd te worden over andere vormen van behandeling of ondersteuning zoals zelfhulpprogramma's, cliëntondersteuning, patiëntenverenigingen, E-hulp en alternatieve geneeswijzen?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**20. Hoe belangrijk vindt u het om geïnformeerd te worden over uw rechten en plichten als cliënt?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**21. Hoe belangrijk vindt u het om geïnformeerd te worden over uw rechten als cliënt wat betreft het inzien van uw cliëntdossier?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**22. Hoe belangrijk vindt u het om geïnformeerd te worden over uw rechten als cliënt wat betreft de mogelijkheden tot een second opinion?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**23. Hoe belangrijk vindt u het om geïnformeerd te worden over uw rechten als cliënt wat betreft de klachtenprocedure?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**24. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelaar u dingen op een begrijpelijke manier uitlegt?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**INSPRAAK EN KEUZEVRIJHEID**

De volgende vragen gaan over de mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen op de behandeling.

**25. Hoe belangrijk vindt u het dat u uw voorkeuren kunt aangeven voor een bepaalde vorm van behandeling?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**26. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt kiezen uit verschillende soorten behandelingen?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**27. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt kiezen wie uw behandelaar is?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**28. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt kiezen op welk tijdstip van de dag de behandeling plaatsvindt?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**29. Hoe belangrijk vindt u het dat de behandelaar u laat meebeslissen over uw behandeling?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**30. Is er een behandelplan gemaakt?**

- Ja
- Nee → **ga verder met vraag 33**

**31. Hoe belangrijk vindt u het dat u kunt meebeslissen over de inhoud van uw behandelplan?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**32. Hoe belangrijk vindt u dat het behandelplan in overleg met u wordt bijgesteld?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

## **BEJEGENING**

De volgende vragen gaan over hoe de behandelaar met u omgaat.

**33. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelaar voldoende tijd aan u besteedt?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**34. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelaar aandachtig naar u luistert?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**35. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelaar u beleefd behandelt?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**36. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelaar u met respect behandelt?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**37. Hoe belangrijk vindt u het dat de behandelaar u serieus neemt?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**38. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelaar geïnteresseerd is in uw mening?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**39. Hoe belangrijk vindt u het dat de behandeling voldoende afgestemd is op uw persoonlijke achtergrond (levensovertuiging, taal, afkomst, cultuur)?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

#### **DESKUNDIGHEID VAN UW BEHANDELAAR**

In de volgende vragen staat de kennis en kunde van uw behandelaar centraal.

**40. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelaar in voldoende mate begrijpt wat uw klachten zijn?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**41. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelaar de juiste vragen stelt?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

#### **INFORMATIE-UITWISSELING BEHANDELAARS**

De volgende vragen gaan over de samenwerking tussen verschillende behandelaars.

**42. Krijgt u behalve hulp van uw behandelaar ook nog hulp van een andere behandelaar (bijvoorbeeld van uw huisarts)?**

- Ja
- Nee → **ga verder met vraag 48**

**43. Hoe belangrijk vindt u het dat er duidelijke afspraken gemaakt worden tussen de behandelaars over wie de verantwoordelijkheid heeft voor uw behandeling?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**44. Hoe belangrijk vindt u het dat u uw andere behandelaar niet alles opnieuw moet vertellen over uw klachten?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**45. Hoe belangrijk vindt u het dat de behandelaars op één lijn zitten als het over de beste behandeling voor uw klachten gaat?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**46. Hoe belangrijk vindt u het dat uw behandelaar uw huisarts informeert over uw behandeling?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**47. Hoe belangrijk vindt u het dat uw huisarts uw behandelaar informeert over uw lichamelijk functioneren?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

#### **EVALUATIE EN AFRONDING BEHANDLING**

De volgende vragen gaan over hoe u behandeling tot nu toe is verlopen en over eventuele afronding van uw behandeling.

**48. Hoe belangrijk vindt u het dat er afspraken gemaakt worden over nazorg?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**49. Hoe belangrijk vindt u het dat afspraken gemaakt worden over wat u moet doen als uw klachten terugkomen of verergeren?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

**50. Hoe belangrijk vindt u het dat het behandelplan naar uw wens wordt uitgevoerd?**

- Niet belangrijk
- Eigenlijk wel belangrijk
- Belangrijk
- Van het allergrootste belang

#### **OVER UZELF**

Ten slotte nog enkele vragen over uzelf.

**51. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?**

- Slecht
- Matig
- Goed
- Zeer goed
- Uitstekend

**52. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw psychische gezondheid?**

- Slecht
- Matig
- Goed
- Zeer goed
- Uitstekend

**53. Bent u een man of een vrouw?**

- Man
- Vrouw

**54. Wat is uw leeftijd?**

- 18 tot en met 24 jaar
- 25 tot en met 34 jaar
- 35 tot en met 44 jaar
- 45 tot en met 54 jaar
- 55 tot en met 64 jaar
- 65 tot en met 74 jaar
- 75 jaar of ouder

**55. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?**

- Geen onderwijs gevolgd of het (nog) niet afgemaakt
- Lagere school (basisonderwijs)
- Lager beroepsonderwijs (LBO, LTS, LHNO, huishoud-/ambachtsschool, LEAO, lager land- en tuinbouwonderwijs etc.)
- Voorbereidend of kort middelbaar beroepsonderwijs (VMBO, KMBO)
- Middelbaar algemeen onderwijs (LAVO, ULO, MULO, MAVO, 3-jaar HBS etc.)
- Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, MTS, MEAO, Praktijkdiploma Boekhouden, Kleuterkweekschool etc.)
- Voortgezet algemeen onderwijs (5-jaar HBS, MMS, HAVO, lyceum, atheneum, gymnasium, VWO etc.)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO, Sociale Academie, HHNO, Lerarenonderwijs, kandidaatsexamen etc.)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Post academisch (notariaat, doctorstitel, medisch specialist)
- Anders, namelijk

\_\_\_\_\_ (a.u.b. in blokletters)

**56. Hebt u momenteel een betaalde baan?**

- Ja
- Nee

**57. Wat is uw geboorteland?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk

\_\_\_\_\_ (a.u.b. in blokletters)

**58. Wat is het geboorteland van uw vader?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk

\_\_\_\_\_ (a.u.b. in blokletters)

**59. Wat is het geboorteland van uw moeder?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk

\_\_\_\_\_ (a.u.b. in blokletters)

**60. Welke taal spreekt u thuis meestal?**

- Nederlands
- Anders, namelijk

\_\_\_\_\_ (a.u.b. in blokletters)

**61. Heeft iemand u geholpen bij het invullen van deze vragenlijst?**

- Ja
- Nee → **einde vragenlijst**

**62. Hoe heeft die persoon u geholpen? Kruis alles aan wat van toepassing is.**

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- Heeft de vragen voor mij beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Heeft op een andere manier geholpen, namelijk

\_\_\_\_\_ (a.u.b. in blokletters)

**OPMERKINGEN**

Mocht u nog opmerkingen of vragen hebben, dan kunt u de onderstaande ruimte hiervoor gebruiken.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide comments or questions.

**Hartelijk dank voor uw medewerking**



## **Bijlage 3: Privacyprotocol**

### **PRIVACYPROTOCOL PILOT CQ-INDEX KORTDURENDE AMBULANTE GGZ**

#### **Inleiding en achtergronden.**

Het programma Management en Beleid van het Trimbos-instituut ontwikkelt in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en in samenwerking met GGZ Nederland, Centrum Klantervaring Zorg, ZonMw, Platform GGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg en Stichting Miletus deze CQ-Indices voor de geestelijke gezondheidszorg. In dit kader verricht het Trimbos-instituut pilots vragenlijstonderzoek met deze CQ-Indices.

De middels de CQ-Indices verkregen informatie wordt in de toekomst gebruikt door:

- cliënten: als ondersteuning bij het kiezen van zorgaanbod,
- hulpverleners: inzichtgevend voor de behoeften van cliënten,
- managers: benchmarking, inzichtgevend voor het kwaliteitsbeleid en verbeterpunten, externe verantwoording via Jaarbericht Maatschappelijke Verantwoording,
- inspectie: ter beoordeling van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg
- overheid: ter beoordeling van de macroprestaties van de verschillende sectoren
- instellingen: ter beoordeling van de kwaliteit van zorg en de ervaringen van cliënten met de gecontracteerde zorg

Het voorliggende privacyprotocol is bedoeld voor het pilotonderzoek CQ-Index kortdurende ambulante ggz. De focus ligt hier op het wetenschappelijk onderzoek, namelijk het testen van de vragenlijst. Daarnaast levert deze pilot benchmark gegevens op voor de deelnemende instellingen. Het vragenlijstonderzoek wordt uitgevoerd conform het Handboek CQI Meetinstrumenten van het Centrum Klantervaring Zorg.

Voor het uitvoeren van het onderzoek sluit Trimbos-instituut een contract af met de deelnemende instellingen. Twee los van elkaar opererende programma's verrichten het onderzoek. Het programma Interview en Datamanagement (IDM) doet de dataverzameling en het programma Management en Beleid (M&B) doet de analyse en maakt de rapportages.

Het Trimbos-instituut acht het, gelet op de aan de orde zijnde grondrechten en wettelijke verplichtingen, maar ook gezien haar maatschappelijke verantwoordelijkheid, van groot belang dat de gegevens die tijdens het onderzoek worden verzameld en verwerkt zo zorgvuldig mogelijk worden beschermd. Voor een groot onderzoeksprogramma als dit is het wenselijk een privacyprotocol op te stellen, waarin zo helder mogelijk wordt aangegeven op welke wijze de bescherming van de gegevens plaats zal vinden. Immers, de bij de ervaringsonderzoeken betrokken cliënten moeten op adequate en effectieve privacybescherming kunnen rekenen.

Er is naar gestreefd inzichtelijke privacyregels te formuleren waarbij de afzonderlijke onderdelen van het onderzoek uitdrukkelijk aan de orde komen. De voornaamste doelstellingen van dit privacyprotocol zijn:

- Het concreet aangeven van de privacy waarborgen in de verschillende fasen van gegevensverzekering en gegevensverwerking van de CQ-Indices.
- Het concretiseren van de rechten van de bij het onderzoek betrokken cliënten.

- Het garanderen van adequate voorlichting aan de bij het onderzoek betrokken cliënten in alle fasen van het onderzoek.
- Het waarborgen dat de betreffende gegevens uitsluitend gebruikt worden voor het doel waarvoor ze zijn verzameld, dat wil zeggen:
  - o voor wetenschappelijk onderzoek,
  - o voor externe verantwoording van de deelnemende instellingen.

Dit privacyprotocol gaat uit van een steekproef op basis van gegevens van de zorgaanbieder en is van toepassing op alle CQ-Indices van het Trimbos-instituut tenzij anders bepaald.

## **Algemene bepalingen**

### Artikel 1. Begripsbepalingen

- Het Trimbos-instituut = het instituut dat het onderzoek uitvoert.
- Programma Interview en Datamanagement (IDM)= programma van het Trimbos-instituut dat het verzenden en verwerken van de enquêteformulieren voor haar rekening neemt. Programma IDM heeft een autonome functie als het gaat om gegevensverzameling en beveiliging.
- Programma Management en Beleid (M&B)= programma van het Trimbos-instituut dat de analyse doet en rapportages maakt. Programma M&B heeft een autonome functie in het verwerken van geanonimiseerde data.
- De Instelling = de zorgaanbieder die de selectie van cliënten voor de CQ-Index maakt.
- Selectie van cliënten = de steekproef op het cliëntenbestand dat voldoet aan de inclusiecriteria.
- De Opdrachtgever = de organisatie die opdracht geeft voor uitvoering van de enquête. De opdrachtgever is meestal de Instelling maar kan ook een externe partij zijn.
- Respondenten = alle personen die een CQ-I vragenlijst hebben ontvangen, ingevuld en teruggestuurd.
- Geënquêteerden = alle personen die een vragenlijst ontvangen, ongeacht of zij de vragenlijst invullen en terugsturen.
- Onderzoeksinstituut = het Trimbos-instituut en dan in het bijzonder het programma Management en Beleid dat de ontwikkeling en validatie van de enquête en wetenschappelijk onderzoek op basis van de verzamelde gegevens voor haar rekening neemt.
- Databeheerder = het Trimbos-instituut dat de databestanden van alle enquêtes beheert.
- De uitvoerende organisatie = Programma Interview en Datamanagement (IDM), Programma Management en Beleid (M&B) van het Trimbos-instituut.
- Contracten = overeenkomsten die zijn gesloten tussen het Trimbos-instituut en de instellingen waarin de voorwaarden voor de uitvoering zijn opgenomen.
- Gegevensverzameling = het geheel van de met de CQ-Indices verkregen en verwerkte gegevens van cliënten en anderen die bij deze studie betrokken zijn.
- Pilotonderzoek = gegevensverzameling ten behoeve van de validatie van de enquête.
- Meting = gegevensverzameling ten behoeve van analyse en rapportage van een gevalideerde enquête.
- Beheer = de feitelijke zeggenschap over de gegevensverzameling.
- Beveiligde omgeving = een afgesloten ruimte die alleen toegankelijk is voor medewerkers van IDM.

## Artikel 2. Uitgangspunten ten aanzien van de bescherming van de gegevens

De persoonsgegevens die voortkomen uit de enquête worden uitsluitend in gecodeerde vorm in de gegevensbestanden opgenomen, dat wil zeggen zodanig gecodeerd dat er geen één-op-één relatie is tussen de gecodeerde gegevens en een individueel persoon. De codering hiervoor is gebaseerd op een instellingscode en een respondentnummer. M&B analyseert de data uit het geanonimiseerde, gecodeerde resultatenbestand. IDM verzorgt de verzending en verzamelt de data. Door de codering is het redelijkerwijs uitgesloten dat analysegegevens kunnen worden gekoppeld aan een identificeerbaar natuurlijke persoon. Het Trimbos-instituut die de eerste verantwoordelijkheid draagt voor de verzamelde en verwerkte gegevens, legt de verantwoordelijkheden voor feitelijk beheer van en toegang tot de gegevensverzameling schriftelijk vast (art 3,4,5). Het Trimbos-instituut draagt zorg voor een optimaal niveau van beveiliging (art 6) en is ervoor verantwoordelijk dat de respondenten en andere bij het onderzoek betrokkenen hun rechten kunnen uitoefenen. (art 10-13)

### **Verantwoordelijkheid, beheer en procedure**

## Artikel 3. Verantwoordelijkheid voor gegevensverzameling en gegevensverwerking

Het Trimbos-instituut is verantwoordelijk voor de met de CQ-Indices verzamelde en verwerkte gegevens in de zin van de Wet bescherming persoonsgegevens. Het Trimbos-instituut leeft de in de wet en de in dit privacyprotocol getroffen regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer nauwkeurig na. Het Trimbos-instituut conformeert zich aan de Gedragscode Onderzoek en Statistiek in situaties waarin het privacyprotocol niet voorziet. Het College Bescherming persoonsgegevens heeft deze gedragscode van een goedkeurende verklaring voorzien.

## Artikel 4. Beheer

- 4.1 Programma IDM is belast met de dagelijkse zorg en het beheer van de gegevensverzameling en navolgende verwerking, onder verantwoording van het Trimbos-instituut. Na verwerking en overdracht van de gegevensverzameling wordt de taak van dagelijkse zorg en beheer overgedragen aan programma M&B, eveneens onder verantwoording van het Trimbos-instituut.
- 4.2 De instellingen en het Trimbos-instituut verplichten zich in het contract de voorschriften uit dit privacyprotocol na te leven.

## Artikel 5. Procedure met betrekking tot de gegevens

### De gegevensbestanden bij de Instelling

- 5.1. In de bestanden met cliëntengegevens van de Instelling staan naam en adresgegevens en andere persoonsgegevens, waarbij ieder record is voorzien van een uniek persoonsnummer.
- 5.2. De Instelling genereert de selectie van te enquêteren cliënten – volgens de inclusiecriteria en de wijze van steekproeftrekking zoals vastgesteld in het document 'Steekproeftrekking' en geoperationaliseerd voor de cliëntenbestanden van de Instelling.

De instelling maakt op deze wijze een steekproefbestand van 500 cliënten die allen een volgnummer krijgen (1 t/m 500). Voor dit volgnummer wordt het instellingnummer gezet (welke dat is geeft het Trimbos-instituut voor die tijd door). Het instellingnummer (bijvoorbeeld 15) en het volgnummer (bijvoorbeeld 1) vormen samen het respondentnummer (bijvoorbeeld 15001).

- 5.3. De instelling splitst het verkregen bestand vervolgens in twee delen: één steekproefbestand met alleen naam, adres, geslacht en respondentnummer, bestemd voor de afdeling IDM, en een bestand met respondentnummer en achtergrondgegevens, inclusief diagnose en geboortedatum. Aan dit achtergrondbestand dat bedoeld is voor M&B, kunnen eventueel nog extra variabelen worden toegevoegd, ten behoeve van aanvullende analyses, bijvoorbeeld op afdelingsniveau.
- 5.4. Het achtergrondbestand wordt door de instelling apart aan de M&B onderzoekers van het Trimbos-instituut geleverd. Na afloop van de dataverzameling worden het geanonimiseerde databestand van IDM en het bestand met achtergrondgegevens door de M&B onderzoekers aan elkaar gekoppeld, op grond van de respondentnummers. Op deze wijze zijn de achtergrondvariabelen niet te traceren tot natuurlijke personen.
- 5.5. Het steekproefbestand dient uitsluitend voor de adressering en verwerking van de te verzenden enquêteformulieren en de remindermailing.
- 5.6. De instelling maakt een back-up op een daartoe geschikt medium (bijv. CD-ROM) van het 'basisbestand' van cliënten die voldoen aan de inclusiecriteria én van het onder 5.3 genoemde 'steekproefbestand' dat voortkomt uit dit basisbestand.

#### De gegevensbestanden bij het programma IDM

- 5.7. IDM ontvangt de onder 5.3 genoemde selectie – het 'steekproefbestand' - via gecontroleerd vervoer conform het Protocol voor Dataverzending.
- 5.8. IDM controleert of het aantal geselecteerde adressen strookt met de vooraf opgegeven grootte van de steekproefomvang en controleert of personen meerdere malen voorkomen in het bestand. IDM rapporteert aan de Instelling en aan M&B over deze controle.
- 5.9. IDM voorziet elk adres in het onder 5.3 bedoelde 'steekproefbestand' van een individuele gebruikersnaam en wachtwoord ten behoeve van de digitale vragenlijstafname. Deze versie wordt opgeslagen als 'steekproefbestand-met-gebruikersnaam'. De gebruikersnaam en wachtwoord worden meegegeven met de enquête. Hiermee kan later bepaald worden welke respondenten de vragenlijst digitaal hebben ingevuld. Deze informatie is nodig om te voorkomen dat respondenten ten onrechte reminder-mailingen ontvangen.
- 5.10. IDM maakt een back-up van het oorspronkelijke bestand zoals bedoeld onder 5.3 en het steekproefbestand-met-gebruikersnaam zoals bedoeld onder 5.9 op een daartoe geschikt medium (bijv. CD-ROM) en deponeert deze in een beveiligde omgeving.
- 5.11. IDM maakt op basis van het steekproefbestand-met-gebruikersnaam een extract – het zogenaamde 'non-respons-databestand' – dat het respondentnummer en het geslacht van de cliënten bevat. Dit bestand wordt gebruikt door M&B voor de non-respons analyse. M&B voegt hiervoor uit het achtergrondbestand de geboortedatum toe.

- 5.12. Het oorspronkelijke steekproefbestand zoals bedoeld onder 5.3 en alle overige varianten van deze bestanden (excl. het steekproefbestand-met-gebruikersnaam) worden van alle systemen van IDM verwijderd uiterlijk 6 maanden na oplevering van het resultaatbestand.
- 5.13. De retourenvelop, die mee gezonden wordt met de vragenlijst, bevat een antwoordnummer, zodanig dat het enquêteformulier wordt afgeleverd bij IDM.
- 5.14. De verwerking van de enquêteformulieren vindt plaats bij IDM. De enveloppen worden geopend, beoordeeld, gescand en verwerkt. Middels een Access database, wordt de ontvangstregistratie bijgehouden. Indien de post onbestelbaar blijkt, dan wordt dit vastgelegd met vermelding van de daarbij geldende reden (verhuisd, overleden, geweigerd). De gegevens die verkregen zijn via de digitale afname worden ook op respondentnummer aan de database toegevoegd. Met behulp van de Access database wordt het zogenoemde responsbestand gegenereerd.
- 5.15. De gescande aantallen worden gecontroleerd met de ontvangstregistratie van de retourenveloppen.
- 5.16. Middels de Access database wordt een bestand gecreëerd met alle respondenten die nog niet hebben gereageerd. Dit is het non-respons bestand.
- 5.17. Het onder 5.9 bedoelde steekproefbestand-met-gebruikersnaam wordt in zijn geheel gebruikt voor de eerste remindermailing (non-respondenten wordt gevraagd alsnog de enquête in te vullen en op te sturen, respondenten worden bedankt voor hun medewerking).
- 5.18. Het onder 5.16 bedoelde non-respons bestand wordt gebruikt voor de tweede remindermailing.
- 5.19. Voor de derde remindermailing wordt een geupdate non-respons bestand, zoals vermeld onder 5.16 gebruikt.
- 5.20. IDM zal de enquêteformulieren digitaal inlezen. Het resultaat is een databestand met op iedere regel het respondentnummer en de bijbehorende antwoorden op de enquêtevragen. In dit bestand komen naam (voorletters, tussenvoegsel, naam), adres en woonplaats niet voor. IDM rapporteert aan M&B over de respons op respondentnummer.
- 5.21. IDM maakt een back-up van het onder 5.20 bedoelde databestand op een daartoe geschikt medium (bijv. CD-ROM) en deponert deze in een beveiligde omgeving. IDM draagt er zorg voor dat deze back-up een bruikbare koppeling tussen achtergrondgegevens en enquêtegegevens mogelijk zal maken.
- 5.22. Op signaal van het Trimbos-instituut worden alle (versies) van de bestanden verwijderd van de systemen van IDM en de enquêteformulieren vernietigd. De projectleider (M&B) informeert bij IDM of de bestanden zijn vernietigd waarna hij IDM volledige decharge verleent van de taak als beheerder. M&B houdt het databestand.

### De koppeling en analyse van gegevensbestanden

- 5.23. Indien een koppeling door de opdrachtgever is gewenst met specifieke achtergrondgegevens kan M&B de achtergrondgegevens en de enquête gegevens koppelen en met dit databestand desgewenst een analyse uitvoeren.
- 5.24. De analyses zullen door M&B worden uitgevoerd op het databestand.
- 5.25. De Instelling en het Trimbos-instituut zullen geen gebruik maken van hun recht op inzicht in de individuele enquêtegegevens, zoals bedoeld onder 5.23.
- 5.26. Het Trimbos-instituut zal de onder 5.23 bedoelde gegevens in een beveiligde omgeving beheren.

### De bewaring en het gebruik van gegevensbestanden na afloop van een meting

- 5.27. De opdrachtgever is eigenaar van het databestand. Het Trimbos-instituut heeft altijd gebruikersrecht over het databestand. Dit houdt in dat het Trimbos-instituut het databestand mag gebruiken ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek en het vervaardigen van benchmarkrapportages. Het Trimbos-instituut zal daarbij geen resultaten op naam van of herleidbaar tot de externe opdrachtgevers publiceren zonder hun toestemming.
- 5.28. Het databestand dat slechts gegevens bevat van de cliënten van de betreffende opdrachtgever wordt overgedragen aan deze opdrachtgever, de instelling. De opdrachtgever krijgt het bestand terug met een andere codering waardoor de anonimiteit van de cliënten gewaarborgd is. De opdrachtgever dient een schriftelijke bevestiging (contract) te geven dat hij de bepalingen in dit privacyprotocol zal naleven. Het Trimbos-instituut bewaart een back-up van het databestand ten behoeve van eventuele wetenschappelijke toetsing.
- 5.29. Het Trimbos-instituut kan het databestand na afloop van de meting gebruiken voor ad-hoc analyses en voor vergelijkingen met de gegevens van nieuwe metingen. Alleen wanneer het doel overeenkomt met het doel waarvoor de gegevens zijn verzameld, mogen de gegevens uit het databestand opnieuw gebruikt worden.

### Artikel 6. Beveiliging

Het Trimbos-instituut en de instellingen treffen alle technische en organisatorische maatregelen, noodzakelijk voor een optimale beveiliging van de gegevensverzameling zodat toegang door onbevoegde derden uitgesloten is.

## **Gegevensverkrijging**

### Artikel 7 Gegevens van cliënten

Gegevens van cliënten worden op de volgende wijze verkregen.

- 7.1. Een selectie – volgens de inclusiecriteria en de wijze van steekproeftrekking zoals vastgesteld in het document ‘Steekproeftrekking’ en geoperationaliseerd voor de databestanden van de Instelling – van te enquêteren cliënten wordt gebaseerd op de cliëntenbestanden van de Instelling.
- 7.2. De adresgegevens worden opgevraagd uit de cliëntenbestanden van de Instelling.
- 7.3. Een enquête wordt gehouden onder een steekproef uit het cliëntenbestand, waarin met name naar gezondheidskenmerken en de contacten van cliënten met zorgaanbieders wordt gevraagd.

### Artikel 8 Publicatie

Het Trimbos-instituut en de instellingen dragen er zorg voor dat bij publicatie van onderzoeksresultaten uitgesloten is dat deze kunnen worden herleid tot een identificeerbare persoon.

## **Gegevensverstrekking aan derden**

### Artikel 9 Uitdrukkelijke toestemming opdrachtgever

- 9.1. Het Trimbos-instituut geeft geen data aan derden. De opdrachtgever is vrij om data aan derden te geven. Wanneer een verzoek hiertoe bij het Trimbos-instituut komt, wordt verwezen naar de opdrachtgever. Wanneer het Trimbos-instituut een verzoek ontvangt voor levering van gegevens aan derden die eigendom zijn van een opdrachtgever, informeert het Trimbos-instituut de opdrachtgever over het verzoek.
- 9.2. Slechts gegevensverstrekking van niet tot identificeerbare individuen herleidbare gegevens is toegestaan.
- 9.3. De opdrachtgever geeft alleen data aan derden als de opdrachtgever verzekerd is dat deze data om een nette manier behandeld wordt: De anonimiteit van de respondenten is gewaarborgd en publicaties mogen de belangen van het Trimbos-instituut niet schaden. Indien de opdrachtgever heeft ingestemd met het verstrekken van gegevens, mogen de daaruit voortvloeiende wetenschappelijke rapporten of artikelen van derden worden gepubliceerd zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

## **Informatie aan en rechten van betrokkenen.**

### Artikel 10 Actieve voorlichting

Het Trimbos-instituut draagt zorg voor toegankelijke voorlichting aan cliënten over opzet, onderdelen en doelstellingen van de CQ-Indices, over de hoofdpunten van dit privacyprotocol en over de wijze waarop de betrokkenen nadere informatie kunnen verkrijgen.

### Artikel 11 Informatie op verzoek

Cliënten kunnen zich wenden tot het Trimbos-instituut met vragen om nadere informatie. Het privacyprotocol wordt op het Internet beschikbaar gesteld en wordt op verzoek kosteloos door het Trimbos-instituut toegestuurd.

### Artikel 12 Afschriften

Op schriftelijk verzoek van de cliënt verstrekt het Trimbos-instituut binnen vier weken een schriftelijk overzicht van de over hem in het kader van het onderzoek vastgelegde gegevens. Hiertoe dient de cliënt schriftelijk IDM te verzoeken een koppeling tot stand te brengen tussen het databestand en het steekproefbestand-met-gebruikersnaam.

### Artikel 13 Verwijdering, verbetering of aanvulling

- 13.1 Op schriftelijk verzoek van de cliënt verwijdert het Trimbos-instituut de over hem in het kader van de CQ-Indices vastgelegde gegevens uit het databestand. Het Trimbos-instituut zal hiervan een bevestiging sturen aan betrokkene.
- 13.2 Op schriftelijk verzoek van de cliënt verbetert het Trimbos-instituut de over hem vastgelegde gegevens in het databestand of vult deze aan, indien deze feitelijk onjuist zijn, voor het doel of de doeleinden van de verwerking onvolledig of niet ter zake dienend zijn dan wel anderszins in strijd met een wettelijk voorschrift worden verwerkt. Het Trimbos-instituut zal hiervan een bevestiging sturen aan betrokkene. Het verzoek van de betrokkene bevat de aan te brengen wijzigingen.
- 13.3 De procedure voor de verwijdering of aanpassing van de gegevens door het Trimbos-instituut is als volgt. Wanneer het verzoek bij M&B binnenkomt, geeft M&B de naam en adresgegevens van de cliënt, het databestand en de gewenste verwijdering of aanpassing door aan IDM. IDM koppelt voor deze cliënt de twee bestanden en verwijdert of wijzigt de gegevens. Vervolgens ontkoppelt IDM zowel de naam en adresgegevens van de cliënt van het databestand. IDM stuurt het gewijzigde databestand naar M&B.
- 13.4 Daarnaast informeert het Trimbos-instituut de opdrachtgever over het verzoek. Het Trimbos-instituut stuurt het gewijzigde databestand naar de opdrachtgever met het verzoek om het oorspronkelijke databestand te verwijderen.



## Overzicht verschillende bestanden

Bestand	Inhoud	Gebruikers	Gebruiksperiode
Bestand met cliëntengegevens	Persoonsnummer en NAW-gegevens cliënt	Aanbieder	Permanent. Is onderdeel van de eigen bedrijfsvoering
Steekproefbestand	Respondentnummer, NAW-gegevens en geslacht van de selectie van cliënten voor de enquête	a. Aanbieder b. IDM	Tijdens de gegevensverzameling. Alle exemplaren inclusief back-ups worden uit de systemen verwijderd nadat het databestand is gemaakt
Achtergrondbestand	Respondentnummer en achtergrondgegevens, inclusief diagnose en geboortedatum evt. extra variabelen	a. Aanbieder b. M&B	Voor de analyse wordt dit bestand gekoppeld aan het responsbestand.
Steekproefbestand-met-gebruikersnaam	Persoonsnummer, NAW-gegevens, geslacht, gebruikersnaam en wachtwoord van de selectie van cliënten voor de enquête	IDM	Tijdens de gegevensverzameling. Alle exemplaren inclusief back-ups worden uit de eigen systemen verwijderd nadat het databestand is gemaakt
Responsbestand	Respondentnummer en responsgegevens van teruggestuurde enquêteformulieren	IDM	Tijdens de rappelronden. Alle exemplaren inclusief back-ups worden uit de eigen systemen verwijderd nadat het databestand is gemaakt
Non-respons databestand	Respondentnummer, respons en geslacht van de cliënt. M&B voegt de geboortedatum toe voor de non-respons analyse	a. IDM b. M&B	a., b.: tijdens de uitvoering van het onderzoek. Alle exemplaren inclusief back-ups worden uit de eigen systemen verwijderd nadat het onderzoek is afgerond
Databestand	Respondentnummer, antwoorden op de enquêtevragen van de respondenten	IDM	Tijdens de gegevensverzameling. Alle exemplaren inclusief back-ups worden uit de eigen systemen verwijderd nadat het databestand is gemaakt
Databestand van een pilotonderzoek	Respondentnummer, antwoorden op de enquêtevragen	a. IDM b. M&B c. Opdrachtgever d. Andere organisaties na schriftelijke toestemming van de opdrachtgever	a.: tijdens de uitvoering van het onderzoek. Alle exemplaren inclusief back-ups worden uit de eigen systemen verwijderd nadat het onderzoek is afgerond. b., c.: permanent



## **Bijlage 4: Contract**

### **Trimbos-instituut**

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

**Overeenkomst tot het verzamelen van data in het kader van de ontwikkeling van de  
CQ-index**

## **PARTIJEN:**

De stichting **Trimbos-instituut**, gevestigd te Utrecht, Da Costakade 45, 3521 VS, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door de voorzitter van de Raad van Bestuur Prof. dr. J.A. Walburg nader aan te duiden als Trimbos-instituut,

en

gevestigd te ....., in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door ..... , nader aan te duiden als Opdrachtgever,

### **nemen het volgende in overweging;**

- a. Het Trimbos-instituut is een onafhankelijk instituut voor informatie, onderzoek en advies op het gebied van de geestelijke volksgezondheid en de verslavingszorg en laat zich leiden door wetenschappelijke normen bij het vinden van oplossingen voor maatschappelijke vraagstukken die toepasbaar zijn in de praktijk,
  - b. Opdrachtgever stelt zich ten doel,
  - c. Opdrachtgever wenst data te verzamelen die gebruikt kan worden om de dataset prestatie-indicatoren te voeden zoals die is opgezet door GGZ Nederland t.b.v. het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording,
  - d. De in c genoemde data kan verzameld worden door middel van de zogeheten CQ-index
  - e. Het Trimbos-instituut is bereid deze CQ-index ten behoeve van opdrachtgever af te nemen en daarover zodanig te rapporteren dat opdrachtgever de gegevens t.b.v. c kan gebruiken. Het Trimbos-instituut zal de gegevens gebruiken t.b.v. de validatie van de CQ-index,
  - f. Opdrachtgever wenst daartoe aan het Trimbos-instituut opdracht te verlenen,
  - g. Het staat de opdrachtgever vrij om te kiezen voor hetzij optie (A) waarbij opdrachtgever aan het Trimbos-instituut een adressenbestand ter beschikking stelt, waarna het Trimbos-instituut zorg draagt voor de mailing of optie (B) waarbij opdrachtgever het adressenbestand in eigen beheer houdt en zelf de mailing ter hand neemt,
- De regeling voor zowel optie (A) als optie (B) is in deze overeenkomst omschreven. Daarom kennen sommige artikelen een variant (A) en een variant (B).

**komen het volgende overeen:**

## **1. Verplichtingen Trimbos-instituut**

- 1.1A Binnen vier weken na ondertekening van deze overeenkomst levert de afdeling Interview en Data Management (IDM) van het Trimbos-instituut aan de Opdrachtgever inclusiecriteria aan ten behoeve van het door de Opdrachtgever beschikbaar te stellen adressenbestand (art 2). Tevens levert deze afdeling conform Protocol voor dataverzameling validatie CQ een wachtwoord aan de opdrachtgever, teneinde het adressenbestand te beveiligen voor verzending. Het protocol wordt als bijlage 1 aan deze overeenkomst gehecht.
- 1.1B Binnen vier weken na ondertekening van deze overeenkomst levert de afdeling Interview en Data Management (IDM) van het Trimbos-instituut aan de Opdrachtgever inclusiecriteria aan ten behoeve van het door de Opdrachtgever samen te stellen adressenbestand (art 2). Tevens levert het Trimbos-instituut binnen de genoemde periode voldoende vragenlijsten en antwoordenvellen, zodat opdrachtgever zelf de mailing ter hand kan nemen.
- 1.2 Indien het Trimbos-instituut de beschikking krijgt over het adressenbestand van opdrachtgever wordt te allen tijde gehandeld conform het Privacy Protocol, zoals dat als bijlage 2 is aangehecht aan deze overeenkomst.
- 1.3A IDM verzorgt de mailing naar het adressenbestand en het binnenhalen van de data inclusief het aantal afgesproken reminders conform het Protocol voor dataverzameling validatie CQ. De aldus verkregen data wordt door IDM in een geschoonde database aangeleverd aan Management en Beleid (M&B). In het bijzonder ontvangt de afdeling M&B van het Trimbos-instituut, die de analyses verricht, uitsluitend geanonimiseerde gegevens.
- 1.3B Nadat opdrachtgever de mailing heeft verzorgd, registreert het Trimbos-instituut de binnekomende data. Opdrachtgever krijgt informatie om reminders te versturen en eventueel de daarbij benodigde brieven en vragenlijsten.
- 1.4 M&B analyseert de data t.b.v. de opdrachtgever en rapporteert aan de opdrachtgever over de kwaliteit van de data en over de uitkomsten van de data t.o.v. andere geanonimiseerde instellingen (benchmark). De opdrachtgever ontvangt daartoe uiterlijk op 30 april 2008 digitale rapportages, mits voldoende instellingen aan de uitvoering van het project hebben deelgenomen. In gevallen waarin het eindproduct niet bestaat uit een eindrapport wordt een aangepaste formulering gehanteerd.
- 1.6 Wanneer de datum van daadwerkelijke start van het onderzoek nog niet duidelijk of nog niet zeker is, kan de formulering gebezigd worden: .....maanden na de aanvang van het onderzoek.
- 1.7 Het Trimbos-instituut levert 4 weken nadat de rapportage is opgeleverd de data in de vorm van een excelbestand aan opdrachtgever. Het Trimbos-instituut houdt een back-up van dit bestand in bezit ten behoeve van louter wetenschappelijke doeleinden.
- 1.8 Opdrachtgever verkrijgt toegang tot de teamwebsite CQ-index conform de handleiding teamsite zoals die is uitgereikt. De handleiding is tevens via de teamwebsite CQ-index te raadplegen.

## **2. Verplichtingen opdrachtgever**

- 2.1A Opdrachtgever betaalt voor de diensten van het Trimbos-instituut zoals in deze overeenkomst omschreven € 3800 en voldoet daartoe de factuur die wordt verstuurd binnen vier weken na ontvangst.
- 2.1B Opdrachtgever met optie B betaalt € 2400. De minderkosten die het Trimbos-instituut maakt vanwege het ontbreken van mail- en portiekosten, zijn in dit bedrag verdisconteerd.
  
- 2.2A Opdrachtgever levert binnen twee weken nadat het van het Trimbos-instituut de inclusiecriteria en het wachtwoord heeft gekregen een bestand aan ID&M van minimaal 300 adressen en maximaal 500 adressen in Excel, welk bestand een steekproef is van alle adressen die aan de inclusiecriteria voldoen.
- 2.2B Opdrachtgever verricht binnen twee weken een steekproef binnen de adressen die aan de inclusiecriteria zodat er een bestand ontstaat van minimaal 300 en maximaal 500 adressen.
  
- 2.3A Opdrachtgever levert ten behoeve van de mailing van het adressenbestand 1500 velen briefpapier.
- 2.3B Opdrachtgever mailt het bestand van 2.2.B met de brieven, vragenlijsten en antwoordenvellen die het Trimbos-instituut aanlevert, conform de Dillman procedure.

Opdrachtgever informeert waar nodig eigen medewerkers over het onderzoek en over de mailing. Het Trimbos-instituut kan op verzoek teksten leveren t.b.v. (elektronische) nieuwsbrieven etc. van opdrachtgever.

### **3. BEHEER VAN GEGEVENS**

- 3.1 Persoonsgegevens, in het kader van het project verzameld, worden door het Trimbos-instituut omgeven met de waarborgen zoals omschreven staat in het protocol van bijlage 2. Voor situaties waarin bijlage 2 niet voorziet, conformeert het Trimbos-instituut zich aan de Gedragscode Onderzoek en Statistiek. De Opdrachtgever zal zich in zijn opstelling en in zijn gedrag ten opzichte van te onderzoeken, respectievelijk onderzochte personen conformeren aan het gestelde in het protocol van bijlage 2 en aan de Gedragscode Onderzoek en Statistiek en zal het Trimbos-instituut niet verplichten in strijd met protocol en code te handelen.
- 3.2 De rangorde tussen bijlage 2 en de Gedragscode Onderzoek en Statistiek indien deze elkaar tegenspreken is:
1. bijlage 2
  2. de Gedragscode Onderzoek en Statistiek

### **4. OPENBAARMAKING**

Opdrachtgever kan de data en de analyse gebruiken ten behoeve van de basisset prestatie-indicatoren in het kader van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

Het Trimbos-instituut is vrij om bekendheid te geven aan de werking van het instrument CQ-index en over het onderscheidend vermogen waarover het instrument beschikt. Het Trimbos-instituut mag te allen tijden publiceren over de uitkomsten zoals die in het kader van deze overeenkomst worden verzameld mits de uitkomsten anoniem worden gepresenteerd.

Indien in het kader van een justitieel onderzoek of op grond van wettelijke verplichting gevraagd wordt uitkomsten van opdrachtgever vrij te geven, wordt dit door het Trimbos-instituut gedaan nadat Opdrachtgever hiervan op de hoogte is gesteld.

### **5. INTELLECTUELE EIGENDOMSRECHTEN (IER) TRIMBOS-INSTITUUT**

- 5.1 De uitvoering van de analyses worden verricht door medewerkers van het Trimbos-instituut die deze taken verrichten in het kader van hun functie. Trimbos-instituut investeert in de ontwikkeling en kennistoename van zijn medewerkers.

- 5.2 Alle IER op alle krachtens deze overeenkomst ontwikkelde en/of ter beschikking gestelde tussen- en eindrapporten, adviezen, cursusmateriaal, ontwerpen, schetsen, tekeningen, programmatuur, prototypen, alsmede voorbereidende materialen en concepten daarvan, hierna te noemen: Materiaal, berusten uitsluitend bij het Trimbos-instituut, tenzij uitdrukkelijk schriftelijk anders is overeengekomen. Het Trimbos-instituut vermeldt in het Materiaal dat het tot stand gekomen is met medewerking van Opdrachtgever en licht de aard en wijze van de medewerking kort toe. Indien van toepassing wordt op het Materiaal aangegeven dat alle IER berusten bij Trimbos-instituut en het Trimbos-instituut zal daarop zijn copyright notice © plaatsen.
- 5.3 Voor zover uit enige wettelijke bepaling voortvloeit dat Opdrachtgever aanspraak zou kunnen maken op enig IER of een medegerechtigheid in een zodanig recht in het Materiaal, verplicht Opdrachtgever zich alle noodzakelijke medewerking te verlenen aan het, op eerste verzoek van het Trimbos-instituut, overdragen van die rechten aan het Trimbos-instituut.
- 5.4 Het Trimbos-instituut behoudt het recht de door de uitvoering van de werkzaamheden toegenomen kennis voor andere doeleinden te gebruiken, voor zover hierbij geen vertrouwelijke informatie ter kennis van derden wordt gebracht.

## **6. EIGENDOMSRECHTEN OPDRACHTGEVER**

- 6.1 Opdrachtgever is eigenaar van de voor hem door het Trimbos-instituut verzamelde data.
- 6.2 Na afloop van het project draagt het Trimbos-instituut de data t.b.v. Opdrachtgever verzameld over aan Opdrachtgever in een Excel-format.
- 6.3 Opdrachtgever is gerechtigd na levering van de data door het Trimbos-instituut deze zelf aan een analyse te onderwerpen en er over te publiceren en presenteren, echter alleen indien bij publicatie en/of presentatie de vindplaats van het rapport van het Trimbos-instituut expliciet gemeld wordt.
- 6.4 In publicaties en/of presentaties over eigen analyses door Opdrachtgever wordt recht gedaan aan de wetenschappelijke uitgangspunten van het Trimbos-instituut en wordt het Trimbos-instituut niet in de goede naam aangetast.

## **7. VROEGTIJDIGE BEEINDIGING**

- 7.1 Contractanten hebben elk het recht het project bij gemotiveerde twijfel aan een zinvolle voortzetting, in onderling overleg te beëindigen.
- 7.2 In geval van vroegtijdige beëindiging is opdrachtgever gehouden om het hele bedrag in artikel 2.1 te betalen, tenzij het Trimbos-instituut nog niet begonnen is met de voorbereiding van de mailing.
- 7.3 Partijen hebben het recht om deze overeenkomst op te zeggen indien de wederpartij niet voldoet aan zijn verplichtingen welke aan deze overeenkomst zijn verbonden en nadat de wederpartij tevoren schriftelijk is gemaand de overeenkomst na te ko-



men, en deze één maand na deze aanmaning nog niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan.

## **8. ARBITRAGE/BEHANDELING VAN GESCHILLEN**

- 8.1 Er is sprake van een geschil als een van beide partijen schriftelijk aan de andere partij heeft laten weten dat er een geschil is.
- 8.2 Partijen komen ten aanzien van alle geschillen welke mochten ontstaan naar aanleiding van de onderhavige overeenkomst, dan wel van nadere overeenkomsten die daarvan het gevolg mochten zijn, overeen deze geschillen te behandelen overeenkomstig het ACB Mediation reglement\*. Indien met betrekking tot deze geschillen door partijen geen vergelijk bereikt wordt overeenkomstig dat reglement, zullen deze geschillen op verzoek van de meest gerede partij worden beslecht door de bevoegde rechter te Utrecht.
- 8.3 Over zaken waarin deze overeenkomst niet voorziet, wordt beslist in overleg tussen contractanten.
- 8.4 Op de overeenkomst en de uitvoering ervan zijn voor zover niet anders vermeld de bepalingen van Nederlands recht van toepassing.

\*ACB is de Stichting ADR Centrum voor Bedrijfsleven (Alternative Dispute Resolution)

## 9. Documenten die van toepassing zijn op deze overeenkomst

- 9.1 Ter waarborging van de persoonlijke levenssfeer van te onderzoeken en onderzochte personen verbinden alle partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de overeenkomst zich aan het protocol in bijlage 2 en aan de Gedragscode Onderzoek en Statistiek en garanderen de partijen dat de betrokken medewerkers van deze codes op de hoogte zijn.
- 9.2 Voor zover in deze overeenkomst niet anders is bepaald gelden de algemene leveringsvoorwaarden van Trimbos-instituut.
- 9.3 Opdrachtgever verklaart kennis genomen te hebben van de algemene leveringsvoorwaarden.

De opdrachtgever kiest voor de volgende wijze van verzenden:

- Optie (A) waarbij opdrachtgever aan het Trimbos-instituut een adressenbestand ter beschikking stelt, waarna het Trimbos-instituut zorg draagt voor de mailing.
- Optie (B) waarbij opdrachtgever het adressenbestand in eigen beheer houdt en zelf de mailing ter hand neemt.

Aldus overeengekomen en in tweevoud opgemaakt.

Namens de Opdrachtgever:

Namens het Trimbos-instituut:

d.d.

d.d.

.....

.....

Naam:  
Functie:

Prof. dr. J.A. Walburg  
Voorzitter Raad van Bestuur

## Bijlage 5: Steekproeftrekking

### Inclusiecriteria

Cliënten die:

- in ambulante zorg zijn (geweest) gedurende de afgelopen 12 maanden **én**
- in de drie maanden voorafgaand aan de indexdatum minimaal één behandelcontact gehad hebben **én**
- niet langer dan twee jaar in zorg zijn bij deze zorgaanbieder **én**
- de Nederlandse taal in geschrift machtig zijn **én**
- vrijwillig in behandeling zijn (geweest) ofwel geen juridische status hebben zoals een rechtelijke machtiging of een juridische maatregel **én**
- de diagnosefase voorbij zijn **én**
- 18 jaar tot en met 65 jaar zijn **én**
- als primaire cliënt geregistreerd staan (dus niet een nevencliënt, bijvoorbeeld een ouder van een kind dat in behandeling is) **én**
- niet tot specifieke cliëntengroepen behoren, zoals:
  - verstandelijk gehandicapten die in behandeling zijn bij een specifiek team
  - dove mensen die in behandeling zijn bij een specifiek team
  - cliënten die deeltijd behandeling krijgen
  - cliënten die internet behandeling krijgen

### Procedure steekproeftrekking

- De zorgaanbieder maakt een deelbestand dat voldoet aan bovenstaande inclusiecriteria
- Het **aantal** cliënten wordt per email doorgegeven aan Bob van Wijngaarden via [bwijngaarden@trimbos.nl](mailto:bwijngaarden@trimbos.nl)
- Bob trekt uit dit getal 500 random getallen
- Deze reeks getallen wordt teruggestuurd naar de zorgaanbieder
- Deze selecteert uit het deelbestand 500 cliënten op volgorde van de getallenreeks

**Voorbeeld:** Aanbieder A heeft op datum X (de indexdatum) 1531 cliënten in het cliëntenbestand die voldoen aan de inclusiecriteria. Bob van Wijngaarden trekt hieruit willekeurig 500 getallen, bijvoorbeeld: 1, 4, 5, 8, 10, 18, 31, 32, .....1529.

De zorgaanbieder trekt vervolgens op grond van deze reeks de eerste, vierde, vijfde, achtste, tiende ..... 1529<sup>e</sup> cliënt uit het bestand. Deze 500 cliënten vormen de uiteindelijke steekproef.

### Steekproefbestand

De benodigde variabelen voor het **steekproefbestand** voor afdeling IDM van het Trimbos-instituut zijn:

- Volgnummer (1 t/m 500)
- Naam
- Adres
- Geslacht

Het steekproefbestand wordt via een versleutelde code aan de afdeling IDM gemaïld. De procedure hiervoor wordt begin volgende week toegestuurd.

Daarnaast wordt een **achtergrondbestand** gemaakt met de variabelen:

- Volgnummer
- Geboortedatum
- Diagnose
- (Optioneel: afdelingscode of ander onderscheid)

Het achtergrondbestand wordt na de dataverzameling aan het steekproefbestand gekoppeld op basis van de volgnummers. Dit achtergrondbestand kan eveneens versleuteld worden verstuurd naar [bwijngaarden@trimbos.nl](mailto:bwijngaarden@trimbos.nl).

## **Bijlage 6: Protocol dataverzameling**

### **Protocol voor dataverzameling validatie CQ-index ambulante GGZ.**

#### **Verzending steekproef van instelling naar Ti**

De steekproeftrekking staat beschreven in een apart document: steekproeftrekking.doc. Dit document is rondgestuurd naar de instellingen en staat ook op de teamsite. Het steekproefbestand dat door de instelling wordt aangemaakt bevat de volgende variabelen:

- Volgnummer (1 t/m 500)
- Geslacht (aangegeven als heer of mevrouw)
- Voorletters
- Achternaam
- Straatnaam en huisnr
- Postcode
- Woonplaats

Dit bestand wordt gezipd en op het gezipde bestand wordt een wachtwoord gezet. Het wachtwoord dat de instelling hiervoor moet gebruiken, wordt u door de afdeling IDM toegestuurd.

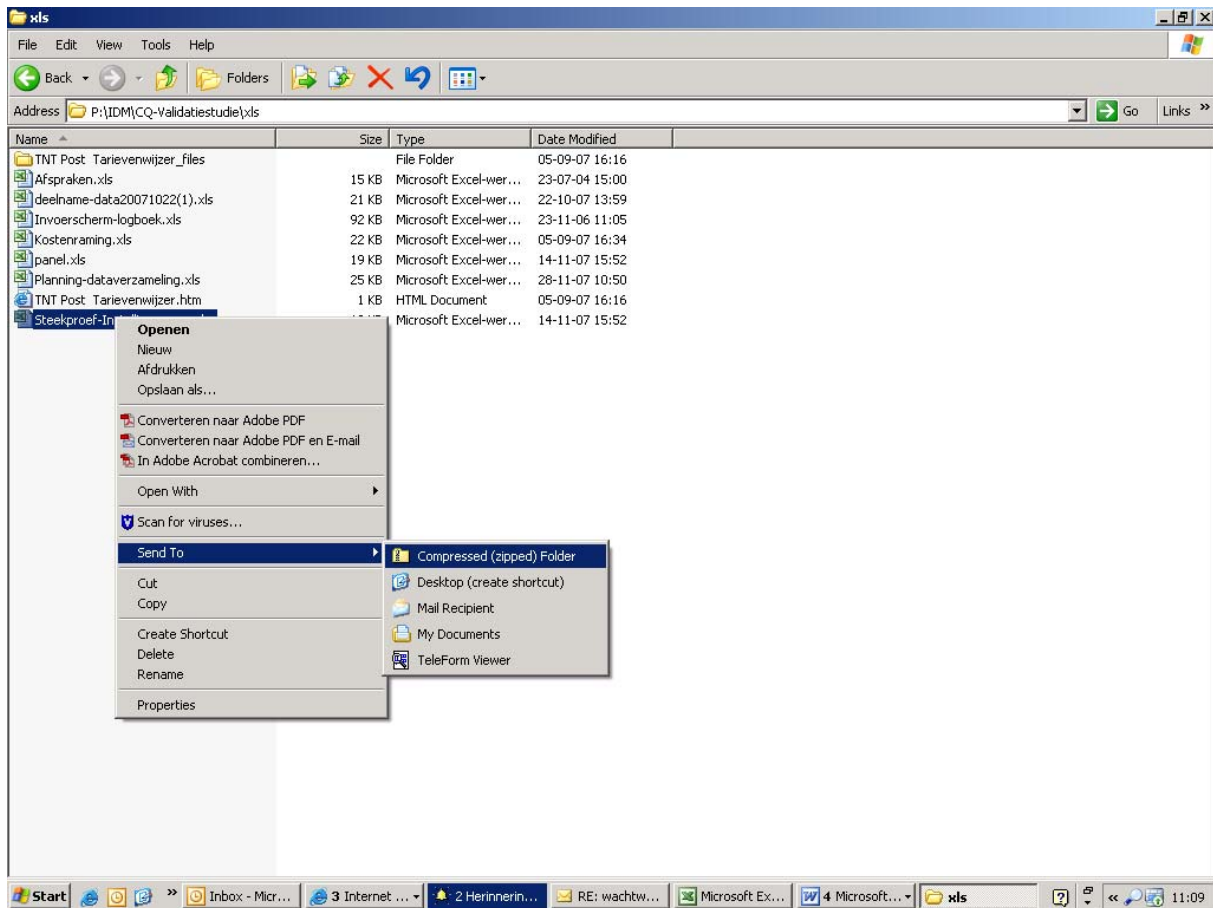
#### **De naam van het steekproefbestand.**

Noem het steekproefbestand als volgt:

**Steekproef-<Instellingsnaam>.xls**, waarbij <Instellingsnaam> de naam van uw instelling is.

#### **Het zippen van een bestand.**

U gaat met de muis op het steekproefbestand staan en klikt de rechtermuisknop aan. Vervolgens kiest u Sent To en Compressed (zipped) Folder (zie onderstaande figuur). Er wordt nu een zipbestand gemaakt met dezelfde naam als het oorspronkelijke bestand. De extensie is .zip.



## Wachtwoord toevoegen

Dubbeklik op het .zip bestand. Ga naar File en kies Add a Password. Vul het wachtwoord in dat u via de email is toegezonden door de afdeling IDM.

## Verzenden van het zip bestand

Verzend het zip-bestand naar [ydrost@trimbos.nl](mailto:ydrost@trimbos.nl), t.a.v. Yvonne Drost, datamanager van IDM.

## Verzending van vragenlijsten (stappenplan) door Ti

1. IDM ontwerpt de scanlijsten en produceert de boekjes voor de **CQ-index ambulante zorg** en die voor de **Belangvragenlijst**
2. Elk formulier krijgt een zgn. **respondentnummer**, dat refereert naar de instelling en het volgnummer: 15001 is instelling 15, volgnummer 1. Het nummer is te vinden rechtsonder op het formulier. Daar staan twee getallen. Het betreft het eerste getal.
3. IDM verstuurt naar de instelling een wachtwoord voor het verzenden van het gezipte adressenbestand
4. Instelling verstuurt naar IDM 1500 vellen briefpapier
5. IDM print begeleidende brief waarin de informatie voor digitaal invullen (een link naar de digitale vragenlijst en gebruikersnaam en wachtwoord voor het inloggen). Elke brief bevat tevens het respondentnummer *achter* de naam van de persoon, zodat dit in de adressering zichtbaar is.
6. Instellingen hebben over de tekst is consensus bereikt via de teamsite. De tekst bevat o.a. een *contactpersoon bij de instelling* met telefoonnummer.

7. IDM verzend het volgende naar cliënten:
  - a. Begeleidende brief
  - b. Antwoordenvelop IDM/ Trimbos-instituut
  - c. Vragenlijst: óf de CQ-index ambulante zorg (n=300) óf de Belangvragenlijst (n=100)
  - d. **NB hierbij wordt steeds gecontroleerd dat het respondentnummer op de brief overeenkomt met het respondentnummer op de vragenlijst!!**
8. Ontvangstregistratie ligt bij IDM
9. Het kan gebeuren dat mensen die niet mee willen doen, dit melden bij *de contactpersoon bij de instelling*. In dat geval vraagt de contactpersoon het respondentnummer van de cliënt, zodat dit kan worden doorgegeven aan IDM.
10. Instelling stuurt email aan IDM met respondentnummers van cliënten die niet mee willen doen
11. Op de 8<sup>e</sup> dag na de eerste verzending (na 1 week) krijgen alle cliënten wederom een brief, waarin een dankwoord en een herinnering voor het geval de lijst nog niet was ingevuld
12. Op de 29<sup>e</sup> dag na de eerste verzending (na 4 weken) stuurt IDM naar alle **niet responders** opnieuw een vragenlijst
13. Op de 50<sup>e</sup> dag na de eerste verzending (na 7 weken) krijgen alle **niet responders** een laatste brief, waarin een dankwoord en een herinnering voor het geval de lijst nog niet was ingevuld (zelfde brief als in stap 11).

#### **Verzending van vragenlijsten (stappenplan) door instelling**

1. Ti ontwerpt de scanlijsten en produceert de boekjes voor de **CQ-index ambulante zorg** en die voor de **Belangvragenlijst**
2. Elk formulier krijgt een zgn. **respondentnummer**, dat refereert naar de instelling en het volgnummer: 15001 is instelling 15, volgnummer 1. Het nummer is te vinden rechtsonder op het formulier. Daar staan twee getallen. Het betreft het eerste getal.
3. Instelling heeft zelf het adressenbestand van de steekproef. Hier wordt een kolom aan toegevoegd: het respondentnummer.
4. Instelling ontvangt:
  - a. 300 X CQ-index ambulante zorg
  - b. 100 X Belangvragenlijst
  - c. 400 X antwoordenvelopen geadresseerd aan de afdeling IDM van het Trimbos-instituut
  - d. respondentnummers
5. IDM levert een alinea tekst voor de begeleidende brief waarin de informatie voor digitaal invullen (een link naar de digitale vragenlijst en gebruikersnaam en wachtwoord voor het inloggen). Elke brief, door de instelling gegenereerd, bevat tevens het respondentnummer *achter* de naam van de persoon, zodat dit in de adressering zichtbaar is.
6. Instelling produceert de begeleidende brieven op eigen briefpapier, over de tekst is consensus bereikt via de teamsite. De tekst bevat o.a. een *contactpersoon bij de instelling* met telefoonnummer.
7. Instelling verzendt het volgende naar cliënten:
  - e. Begeleidende brief
  - f. Antwoordenvelop IDM/ Trimbos-instituut
  - g. Vragenlijst: óf de CQ-index ambulante zorg (n=300) óf de Belangvragenlijst (n=100)
  - h. **NB hierbij wordt steeds gecontroleerd dat het respondentnummer op de brief overeenkomt met het respondentnummer op de vragenlijst!!**
8. Ontvangstregistratie ligt bij IDM
9. Het kan gebeuren dat mensen die niet mee willen doen, dit melden bij *de contactpersoon bij de instelling*. In dat geval vraagt de contactpersoon het respondentnummer van de cliënt, zodat dit kan worden doorgegeven aan IDM.

10. Instelling stuurt email aan IDM met respondentnummers van cliënten die niet mee willen doen
11. Op de 8<sup>e</sup> dag na de eerste verzending (na 1 week) krijgen alle cliënten wederom een brief, waarin een dankwoord en een herinnering voor het geval de lijst nog niet was ingevuld
12. Op de 27<sup>e</sup> dag na de eerste verzending stuurt IDM per email een bestand naar de instelling waarin alle respondentnummers staan die tot nu toe zijn ontvangen. TEVENS stuurt IDM het aantal benodigde vragenlijsten naar de instelling
13. Instelling maakt vervolgens een selectie van adressen van mensen die nog geen lijsten retour hebben gezonden
14. Op de 29<sup>e</sup> dag na de eerste verzending (na 4 weken) stuurt de instelling naar alle **niet responders** opnieuw een vragenlijst (hele pakket uit stap 7)
15. Op de 48<sup>e</sup> dag na de eerste verzending herhaling van stap 12 (IDM stuurt respons en nieuwe vragenlijsten voor niet responders naar instelling)
16. Op de 50<sup>e</sup> dag na de eerste verzending (na 7 weken) krijgen alle **niet responders** een laatste brief, waarin een dankwoord en een herinnering voor het geval de lijst nog niet was ingevuld (zelfde brief als in stap 11).

### **Dataverwerking**

1. IDM opent de antwoordenvelopen, voegt een datumstempel toe aan de lijst en bewaart de lijst in een afgesloten kast voor verdere verwerking
2. Scanlijsten worden gescand en geverifieerd, wat betekent dat de lijsten indien nodig nog worden gecorrigeerd (dit betreft met name geschreven informatie en aankruisingen buiten de rondjes/vakjes of foutieve aankruisingen, waarbij 2 vakjes zijn aangekruist). Data komen in een SPSS bestand.
3. Internetlijsten worden gedownload en opgeslagen in een SPSS bestand.
4. Scanbestand en Internetbestand worden samengevoegd.
5. Data worden zo nodig opgeschoond en opgeleverd aan de onderzoekers.



## Bijlage 7: Begeleidende brief CQ-index

DATUM

Geachte <NAAM>,

Namens <NAAM> van <NAAM INSTELLING> verzoeken wij u deel te nemen aan een onderzoek. Het onderzoek gaat over uw ervaringen als (ex-)cliënt met de hulp die u van ons hebt ontvangen. Het gaat hierbij om zaken als het krijgen van goede informatie, inspraak hebben bij de behandeling, en de wijze waarop uw behandelaar met u omgaat.

Voor dit onderzoek is een vragenlijst gemaakt met de naam 'Consumer Quality Index (CQ-Index)'. Deze vragenlijst is bijgevoegd. In de toekomst zullen telkens groepen cliënten worden gevraagd deze vragenlijst in te vullen. De uitkomsten hiervan kunnen cliënten helpen bij het kiezen van de beste zorgaanbieder. De uitkomsten komen namelijk op de website kiesBeter.nl te staan. Verder zullen de uitkomsten bijvoorbeeld worden gebruikt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de ziektekostenverzekeraars, en natuurlijk door <NAAM INSTELLING> zelf ook, voor een verdere verbetering van de zorg.

Dit onderzoek wordt in opdracht van <NAAM INSTELLING> uitgevoerd door onderzoekers van het Trimbos-instituut, een onafhankelijk onderzoeksinstituut op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Het Trimbos-instituut heeft de CQ-Index ontwikkeld, samen met vertegenwoordigers van cliënten. De vragenlijst is nog niet helemaal klaar. Het doel van dit onderzoek is om na te gaan hoe goed de CQ-Index verschillen in de ervaringen van cliënten tussen zorgaanbieders aan kan tonen. Naast <NAAM INSTELLING> doen daarom nog 19 andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg aan dit onderzoek mee. Alle instellingen ontvangen de uitkomsten van het onderzoek. Ze krijgen hiermee inzicht in de ervaringen van hun cliënten met de zorg die ze leveren.

U kunt op twee manieren aan het onderzoek meedoen. Via deze vragenlijst of via internet. U kunt zelf kiezen. Als u de vragenlijst gebruikt, kunt u gebruik maken van de bijgevoegde antwoordenvolp. Een postzegel is niet nodig. Als u de lijst liever via internet invult, kunt u gebruik maken van de volgende beveiligde link <LINK> en <GEBRUIKERSNAAM EN WACHTWOORD>.

Bij dit onderzoek is uw anonimiteit volledig gegarandeerd. De onderzoekers van het Trimbos-instituut krijgen alleen gegevens op codenummer (het nummer op de vragenlijst). Aan dit bestand worden later nog door ons anoniem enkele achtergrondgegevens toegevoegd (leeftijd en diagnose). Door de codenummers zijn de gegevens niet herleidbaar tot personen. Ook onze hulpverleners krijgen geen inzage in uw antwoorden op de vragenlijst.

Volgende week ontvangt u nog een herinnering van ons. Als u niet wilt meedoen, kunt u het beste de vragenlijst leeg terugsturen. We zullen u dan niet meer lastigvallen met herinneringsbrieven. U kunt zich ook telefonisch bij ons afmelden.

Als u vragen aan ons hebt, kunt u contact opnemen met <NAAM CONTACTPERSOON>. Voor vragen aan het Trimbos-instituut kunt u contact opnemen met Daniëlle Meije (030-2959321).

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,  
<NAAM>



## **Bijlage 8: Begeleidende brief belangvragenlijst**

Geachte <NAAM>,

Namens <NAAM> van <NAAM INSTELLING> verzoeken wij u deel te nemen aan een onderzoek. Het onderzoek gaat over uw ervaringen als (ex-)cliënt met de hulp die u van ons hebt ontvangen. Het gaat hierbij om zaken als het krijgen van goede informatie, inspraak hebben bij de behandeling, en de wijze waarop uw behandelaar met u omgaat.

Voor dit onderzoek is een vragenlijst gemaakt met de naam 'Consumer Quality Index (CQ-Index)'. In de toekomst zullen telkens groepen cliënten worden gevraagd deze vragenlijst in te vullen. De uitkomsten hiervan kunnen cliënten helpen bij het kiezen van de beste zorgaanbieder. De uitkomsten komen namelijk op de website kiesBeter.nl te staan. Verder zullen de uitkomsten bijvoorbeeld worden gebruikt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de ziektekostenverzekeraars, voor een verdere verbetering van de zorg.

Dit onderzoek wordt in opdracht van <NAAM INSTELLING> uitgevoerd door onderzoekers van het Trimbos-instituut, een onafhankelijk onderzoeksinstituut op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Het Trimbos-instituut heeft de CQ-Index ontwikkeld, samen met vertegenwoordigers van cliënten. Deze CQ-Index is echter nog niet helemaal klaar. Om de ervaringen van cliënten goed te kunnen begrijpen, en op een goede manier in de CQ-Index te verwerken, willen we weten hoe belangrijk cliënten bepaalde onderdelen van de zorg vinden. Daarvoor vragen wij aan honderd cliënten van <NAAM INSTELLING> om de bijgevoegde 'Belangvragenlijst' in te vullen. Dus ook aan u. Wij willen graag van u weten wat ú belangrijk vindt. Naast <NAAM INSTELLING> doen nog 19 andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg aan dit onderzoek mee. Met de uitkomsten van de Belangvragenlijst kan het Trimbos-instituut de CQ-Index afmaken.

U kunt op twee manieren aan het onderzoek meedoen. Via deze vragenlijst of via internet. U kunt zelf kiezen. Als u de vragenlijst gebruikt, kunt u gebruik maken van de bijgevoegde antwoordenvolp. Een postzegel is niet nodig. Als u de lijst liever via internet invult, kunt u gebruik maken van de volgende beveiligde link <LINK> en <GEBRUIKERSNAAM EN WACHTWOORD>.

Bij dit onderzoek is uw anonimiteit volledig gegarandeerd. De onderzoekers van het Trimbos-instituut krijgen alleen gegevens op codenummer (het nummer op de vragenlijst). Aan dit bestand worden later nog door ons anoniem enkele achtergrondgegevens toegevoegd (leeftijd en diagnose). Door de codenummers zijn de gegevens niet herleidbaar tot personen. Ook onze hulpverleners krijgen geen inzage in uw antwoorden op de vragenlijst.

Volgende week ontvangt u nog een herinnering van ons. Als u niet wilt meedoen, kunt u het beste de vragenlijst leeg terugsturen. We zullen u dan niet meer lastigvallen met herinneringsbrieven. U kunt zich ook telefonisch bij ons afmelden.

Als u vragen aan ons hebt, kunt u contact opnemen met <NAAM CONTACTPERSOON>. Voor vragen aan het Trimbos-instituut kunt u contact opnemen met Daniëlle Meije (030-2959321).

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,  
<NAAM>



## Bijlage 9 Diagnoseverdeling per aanbieder

<b>Hoofdgroep</b>	<b>Aanbieder</b>											
	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
Stemmingsstoornis	20.8		27.0	44.6	26.7	31.4	18.4	31.4	44.0	25.5	10.2	
Angststoornis	18.1		14.0	13.0	25.3	21.5	13.4	11.7	18.9	19.0	10.6	
Aanpassingsstoornis	26.0		12.2	5.6	17.6	9.9	29.5		12.9	19.2		
Relatieprobleem	12.8		19.1		11.1	10.9	7.7		4.6	4.6		
Cognitief probleem	8.3							10.5				
Gedragsprobleem			9.0		8.1							
Eetstoornis				13.0								
Somatoforme stoornis				6.9								
Psychose								5.7	3.7	10.2		
Persoonlijkheidsstoornis								10.1				
Misbruik alcohol		61.1								6.6	24.9	51.0
Misbruik cocaïne		9.5										9.1
Misbruik cannabis		16.2										14.3
Misbruik opiaat												9.1
Tabaksverslaving		9.8										
Overige verslaving		3.4				5.5		4.3			26.1	16.4
Overig/onbekend	13.9		18.7	16.9	11.1	20.8	31.0	26.3	15.9	14.8	28.2	



## Bijlage 10 Multi-level analyse

### Uitleg categorieën

Model 0	Ongecorrigeerde data
Model 1	Gecorrigeerd voor ervaren lichamelijke gezondheid, ervaren geestelijke gezondheid, geslacht, leeftijd en opleidingsniveau
Model 2	Gecorrigeerd voor ervaren lichamelijke gezondheid, ervaren geestelijke gezondheid, geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en aantal aanmeldklachten
Model 3	Gecorrigeerd voor ervaren lichamelijke gezondheid, ervaren geestelijke gezondheid, geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, aantal aanmeldklachten en wijze van afname (vragenlijst of internet)
Klassen:	De uitkomsten zijn in 3 klassen verdeeld: 1 = lager dan gemiddelde, 2 = gemiddelde, 3 = hoger dan gemiddelde; per klasse is aangegeven hoeveel aanbieders in die klasse vallen
Gem:	Gemiddelde score op schaal of variabele; in een aantal gevallen (bij de ja-nee vragen) is de score op een schaal van 0-100 weergegeven (%-ages), in andere gevallen is de originele schaalscore aangehouden
Range	Mogelijke range van scores
Min	Minimum detecteerbare verschil tussen aanbieders; het verschil tussen de best scorende uit de laagste klasse en de slechtst scorende uit de hoogste klasse
Max	Maximaal detecteerbare verschil; het verschil tussen de beste en slechtste score
ICC	Intraclass correlaties (%)
P	Significantie ICC
Steekproef	Benodigde steekproef voor een betrouwbaarheid van .70

<b>Schaal/item</b>	<b>Model</b>	<b>3 klassen</b>			<b>Gem</b>	<b>Range</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>ICC</b>	<b>P</b>	<b>Steekproef</b>
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>							
Ervaren functioneren	0	4	12	4	4.00	1-5	0.22	0.57	2.39	.025	100
	1	1	16	3	4.00		0.21	0.33	1.17	.100	200
	2	1	16	3	4.00		0.21	0.33	1.17	.100	200
	3	1	16	3	4.00		0.21	0.33	1.19	.100	200
Informatie over medicatie	0	1	17	2	77.3	0-100	7.0	12.4	0.90	.250	250
	1	3	15	2	77.3		7.8	13.4	1.07	.250	250
	2	3	15	2	77.4		7.7	13.2	1.04	.250	250
	3	2	16	2	77.4		7.9	13.1	1.03	.250	250

		<b>3 klassen</b>									
<b>Schaal/item</b>	<b>Model</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>Gem</b>	<b>Range</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>ICC</b>	<b>P</b>	<b>Steekproef</b>
Instemmen behandelplan	0	1	19		96.8	0-100	3.2	5.3	5.32	.500	15
	1	1	18	1	97.2		2.9	4.8	5.19	.500	15
	2	1	18	1	97.3		3.3	5.1	5.89	.500	15
	3	1	18	1	97.4		4.0	5.6	7.29	.500	10
Keuzemogelijkheden	0	4	12	4	54.8	0-100	8.4	17.4	1.88	.050	125
	1	4	12	4	54.1		6.9	16.5	1.71	.050	150
	2	4	11	5	54.1		7.0	16.7	1.76	.050	125
	3	4	11	5	54.1		7.0	16.7	1.75	.050	125
Vervulling hulpwensen	0	3	13	4	87.9	0-100	6.8	14.7	2.00	.050	125
	1	3	12	5	87.1		6.7	14.8	2.18	.050	100
	2	3	12	5	87.1		6.8	14.8	2.19	.050	100
	3	3	12	5	87.1		6.8	14.8	2.18	.050	100
Vervulling hulpwensen (kort)	0	3	12	5	86.8	0-100	7.8	16.2	2.11	.050	125
	1	4	11	5	86.0		6.0	16.2	2.27	.050	100
	2	4	11	5	86.0		6.1	16.2	2.28	.050	100
	3	4	11	5	86.0		6.1	16.2	2.27	.050	100
Bijstellen behandelplan	0		20		52.0	0-100			0.00	n.v.t.	n.v.t.
	1		20		52.0				0.00	n.v.t.	n.v.t.
	2		20		51.9				0.00	n.v.t.	n.v.t.
	3		20		51.9				0.00	n.v.t.	n.v.t.
Communicatie behandelaars	0		19	1	63.3	0-100	15.1	26.3	3.48	.500	75
	1	1	17	2	62.2		15.4	25.7	3.65	.500	75
	2		18	2	62.5		14.4	24.6	3.37	.500	75
	3	1	17	2	62.5		14.6	24.8	3.42	.500	75



		<b>3 klassen</b>									
<b>Schaal/item</b>	<b>Model</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>Gem</b>	<b>Range</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>ICC</b>	<b>P</b>	<b>Steekproef</b>
Bejegening	0	5	10	5	3.57	1-4	0.11	0.31	2.50	.025	100
	1	6	10	4	3.56		0.11	0.29	2.32	.025	100
	2	6	10	4	3.56		0.12	0.29	2.37	.025	100
	3	6	10	4	3.56		0.12	0.29	2.38	.025	100
Bejegening (kort)	0	6	10	4	3.61	1-4	0.12	0.30	2.47	.025	100
	1	5	11	4	3.60		0.10	0.28	2.22	.025	100
	2	5	11	4	3.60		0.10	0.28	2.27	.025	100
	3	5	11	4	3.60		0.10	0.28	2.27	.025	100
Informatie behandeling	0	1	16	3	81.5	0-100	6.8	11.7	1.28	.100	200
	1	2	16	2	81.3		6.0	10.8	1.13	.100	200
	2	2	16	2	81.3		6.1	11.0	1.18	.100	200
	3	2	16	2	81.3		6.1	11.0	1.18	.100	200
Informatie behandeling (kort)	0	1	16	3	84.9	0-100	6.9	10.8	1.12	.100	200
	1	1	17	2	84.6		6.6	9.9	1.00	.100	250
	2	1	17	2	84.6		6.7	10.2	1.03	.100	200
	3	1	17	2	84.6		6.8	10.2	1.04	.100	200
Informatie cliëntenrechten	0	5	10	5	37.5	0-100	11.5	29.3	4.00	.010	75
	1	6	9	5	37.3		10.0	27.7	3.75	.025	75
	2	6	9	5	37.4		10.0	27.5	3.70	.025	75
	3	6	9	5	37.4		9.9	27.5	3.71	.025	75
Informatie cliëntenrechten (kort)	0	5	10	5	42.0	0-100	11.7	34.0	4.75	.010	50
	1	5	10	5	41.7		10.4	32.6	4.51	.010	50
	2	5	10	5	41.7		10.3	32.3	4.46	.010	50
	3	5	10	5	41.8		10.3	32.3	4.45	.010	50

		<b>3 klassen</b>									
<b>Schaal/item</b>	<b>Model</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>Gem</b>	<b>Range</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>ICC</b>	<b>P</b>	<b>Steekproef</b>
Bereikbaarheid hulpverlener	0	3	12	5	0.78	0-2	0.23	0.47	4.18	.025	75
	1	5	10	5	0.63		0.18	0.51	5.20	.010	50
	2	5	10	5	0.63		0.18	0.51	5.23	.010	50
	3	4	11	5	0.63		0.18	0.51	5.24	.010	50
Behandelaars op één lijn	0		19	1	3.06	1-4	0.11	0.21	0.77	.500	300
	1		19	1	3.08		0.10	0.19	0.67	.500	400
	2		19	1	3.09		0.12	0.21	0.79	.500	300
	3		17	3	3.09		0.16	0.26	1.35	.250	200
Afronding behandeling	0		20		67.8	0-100			0.02	.995	>1000
	1		20		64.1				0.77	.750	300
	2		20		64.6				0.81	.750	300
	3		20		64.6				0.78	.750	300
Langer dan 15 minuten wachten	0		18	2	3.10	1-4	0.20	0.35	0.76	.250	300
	1	1	18	1	3.09		0.22	0.30	0.58	.250	400
	2	1	18	1	3.09		0.25	0.32	0.66	.250	400
	3	1	18	1	3.09		0.25	0.32	0.65	.250	400
Keuze behandelaar	0	2	15	3	43.3	0-100	11.0	19.7	1.30	.100	125
	1	3	12	5	42.3		10.0	21.9	1.62	.100	100
	2	2	14	4	42.6		11.7	21.7	1.58	.100	100
	3	2	14	4	42.6		11.7	21.7	1.58	.100	100
Keuze tijdstip behandeling	0	3	12	5	79.3	0-100	10.3	25.2	4.45	.025	20
	1	3	12	5	78.9		10.6	25.1	4.46	.025	20
	2	3	12	5	78.9		10.6	25.1	4.46	.025	20
	3	3	12	5	78.9		10.6	25.0	4.44	.025	20

		<b>3 klassen</b>									
<b>Schaal/item</b>	<b>Model</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>Gem</b>	<b>Range</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>ICC</b>	<b>P</b>	<b>Steekproef</b>
Meebeslissen behandelplan	0	2	18		89.7	0-100	7.2	11.8	3.10	.250	25
	1	2	18		90.2		7.7	12.6	3.74	.250	25
	2	2	18		90.2		7.6	12.6	3.73	.250	25
	3	2	18		90.2		7.3	12.3	3.57	.250	25

In onderstaande tabel zijn de uitkomsten met het driesterren systeem weergegeven. Onder in de tabel is aangegeven hoe vaak een aanbieder significant hoger (3 sterren) of lager (1 ster) scoort (alleen de lange schalen). Hieruit blijkt dat sommige aanbieders structureel hoger scoren en andere structureel lager. De aanbieders staan per type gegroepeerd.

<b>Schaal/item</b>	<b>Aanbieders</b>																			
	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>9</b>
Ervaren functioneren	**	**	**	**	**	**	**	*	**	**	***	**	**	**	***	**	**	**	***	**
Informatie over medicatie	*	**	**	**	**	**	***	**	**	*	**	**	**	**	**	***	**	**	**	**
Instemmen behandelplan	**	*	**	**	**	**	***	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Keuzemogelijkheden	**	**	**	*	**	*	**	**	**	**	**	***	***	**	***	**	*	**	*	***
Vervulling hulpwensen	**	**	**	**	***	**	***	*	**	*	**	**	**	*	***	***	**	**	**	***
Vervulling hulpwensen (kort)	**	**	**	**	***	**	***	*	**	*	*	**	**	*	***	***	**	**	**	***
Bijstellen behandelplan	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Communicatie behandelaars	**	**	**	**	**	**	**	**	**	*	**	**	**	**	***	**	**	**	***	**
Bejegening	**	*	**	*	**	***	***	**	*	*	**	*	**	*	***	**	**	**	***	**
Bejegening (kort)	**	*	**	**	**	***	***	**	*	*	**	*	**	*	***	**	**	**	***	**
Informatie behandeling	**	**	**	*	**	**	**	**	**	*	**	**	**	**	***	**	**	**	***	**
Informatie behandeling (kort)	**	**	**	*	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	***	**	**	**	***	**
Informatie over cliëntenrechten	**	**	*	*	**	**	**	**	*	*	***	***	***	**	**	***	*	**	***	*
Informatie cliëntenrechten (kort)	**	**	*	*	**	**	**	**	**	*	***	***	***	**	**	***	*	**	***	*
Bereikbaarheid hulpverlener	**	**	**	*	**	***	**	**	*	*	**	**	**	*	***	**	***	*	***	**
Behandelaars op één lijn	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	***	**	***	**	***	**
Afronding behandeling	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Langer dan 15 minuten wachten	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	*	**	**	**	**	**	**	**	***	**
Keuze behandelaar	**	**	**	*	**	***	**	**	*	**	**	***	**	**	**	***	***	**	**	**
Keuze tijdstip behandeling	**	**	**	**	**	***	**	**	*	**	**	*	**	**	***	***	***	**	***	*
Meebeslissen behandelplan	**	**	**	*	**	**	**	*	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
N drie sterren	0	0	0	0	1	4	4	0	0	0	2	3	2	0	9	5	4	0	9	2
N één ster	1	2	1	6	0	1	0	3	5	7	1	2	0	3	0	0	2	1	1	2
Type aanbieder	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5

In onderstaande tabel is de rangordening per indicator of schaal weergegeven (1-20). Hoe hoger de rangorde, hoe beter de prestatie. Ook hier geldt weer dat de onderlinge verschillen klein zijn en dat het dus om relatieve prestaties gaat. Desalniettemin is te zien dat sommige aanbieders structureel hogere scores dan andere. Dat blijkt ook uit de gemiddelde rangorde die op de een na laatste regel is weergegeven.

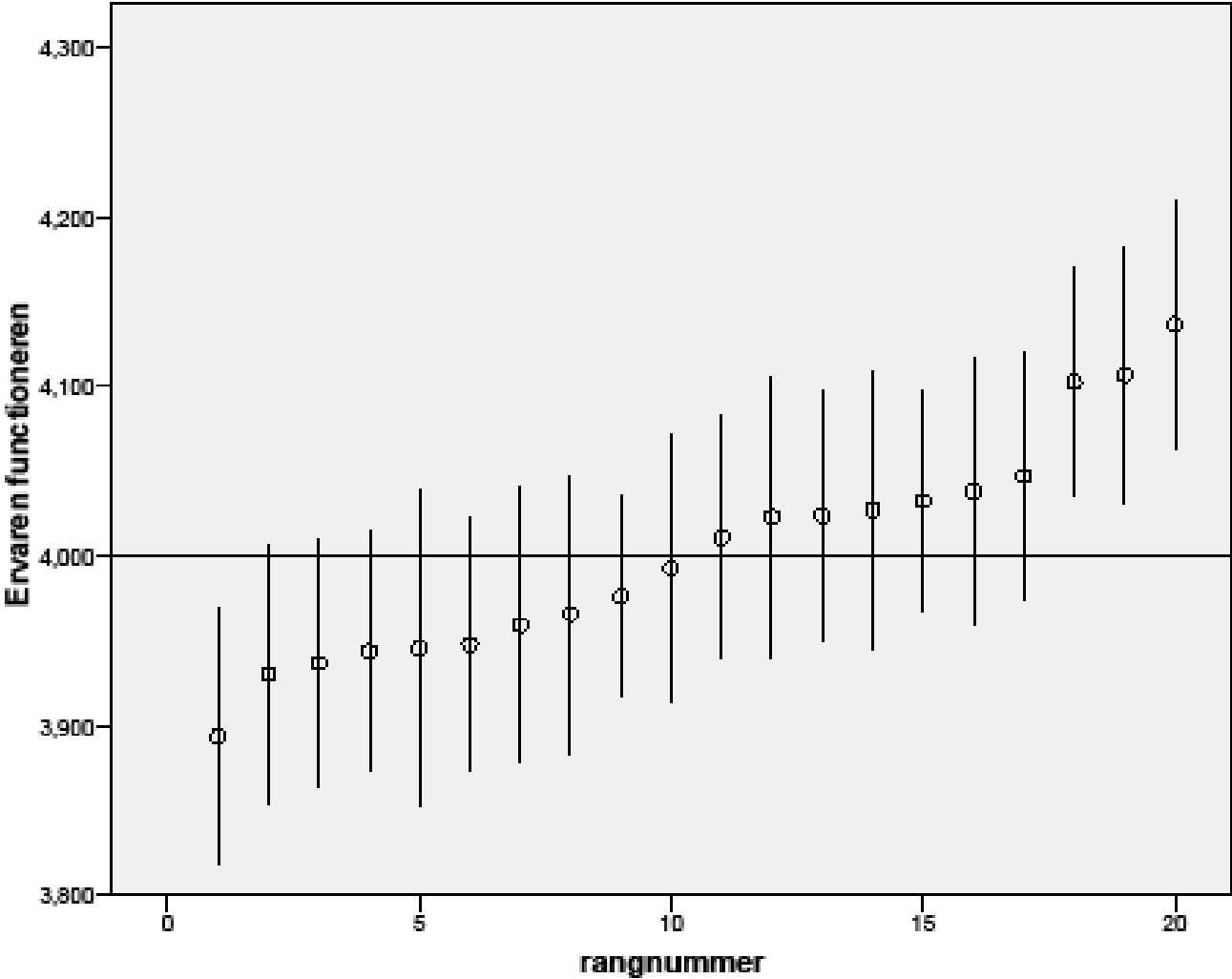
### Rangordening (hoe hoger hoe beter)

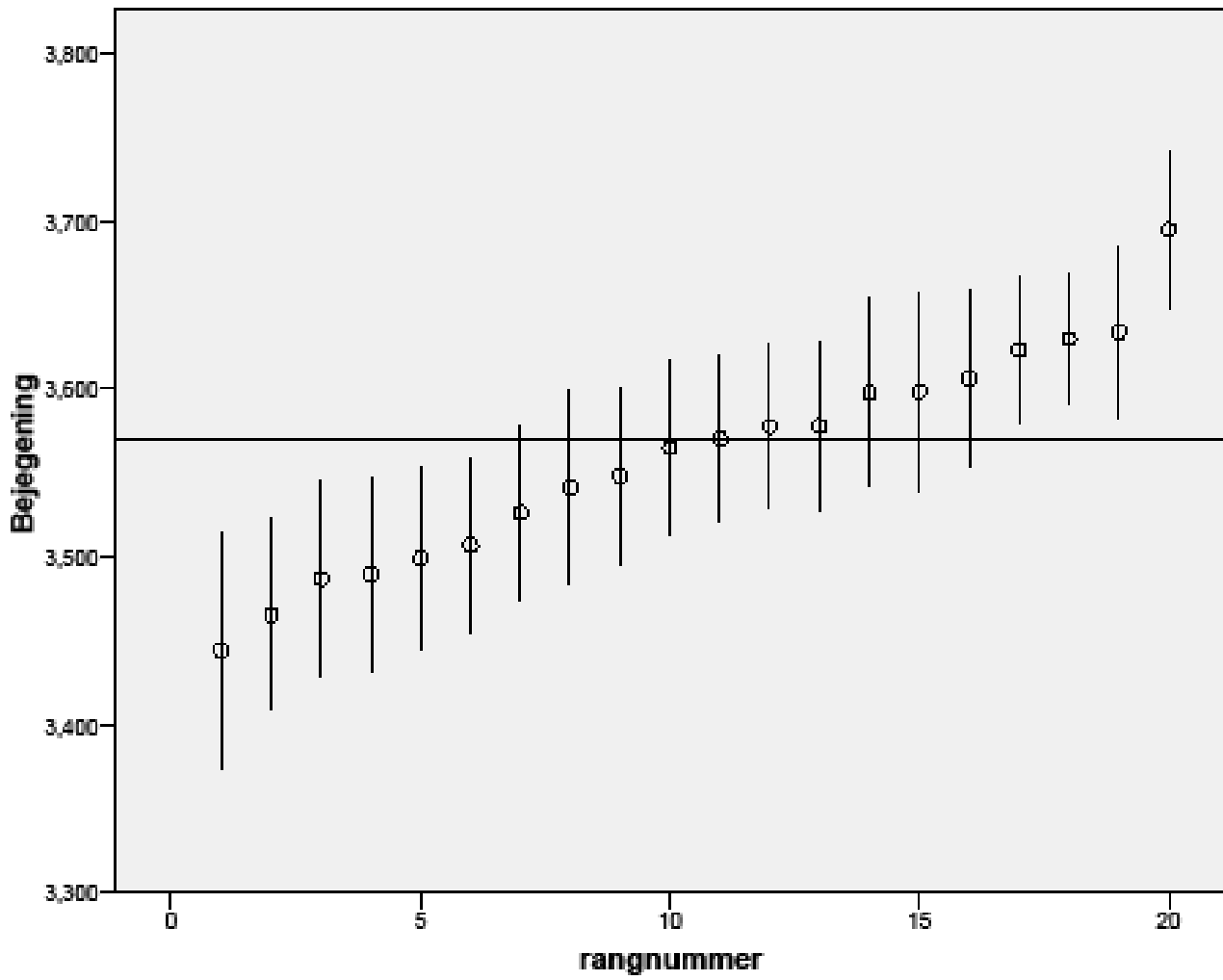
<b>Schaal/item</b>	<b>M</b>	<b>Aanbieders</b>																			
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
Ervaren functioneren	1	10	6	7	16	19	2	8	11	4	17	13	3	5	20	18	12	15	9	1	14
Informatie over medicatie	3	1	20	3	2	17	5	15	16	12	10	4	13	11	7	14	6	9	19	18	8
Instemmen behandelplan	3	18	8	15	16	11	6	1	17	12	13	5	4	10	19	14	7	2	20	3	9
Keuzemogelijkheden	2	10	14	7	15	17	20	6	3	18	8	2	5	9	16	1	13	4	12	11	19
Vervulling hulpwensen	2	7	18	6	1	4	8	11	12	17	15	5	10	3	20	14	19	13	16	2	9
Vervulling hulpwensen (kort)	2	8	19	5	1	4	7	11	12	17	16	6	10	2	20	15	18	13	14	3	9
Bijstellen behandelplan	--																				
Communicatie behandelaars	1	11	8	5	1	2	4	7	14	10	13	6	9	17	19	20	15	12	18	16	3
Bejegening	2	14	10	4	2	16	5	3	11	13	12	6	7	1	19	20	15	17	18	9	8
Bejegening (kort)	1	14	12	4	3	15	5	2	11	10	13	6	7	1	19	20	16	18	17	9	8
Informatie behandeling	2	11	16	9	2	18	15	8	5	7	6	1	13	3	19	20	4	10	14	12	17
Informatie behandeling (kort)	3	10	17	9	3	18	14	7	5	8	4	1	11	2	19	20	6	12	16	13	15
Informatie over cliëntenrechten	1	7	16	6	2	18	19	9	1	3	4	5	13	11	14	20	8	12	10	15	17
Informatie cliëntenrechten (kort)	1	8	16	6	2	18	19	7	1	3	4	5	14	12	15	20	9	11	10	13	17
Bereikbaarheid hulpverlener	3	11	7	14	6	4	1	15	18	3	13	19	16	12	5	20	8	17	9	10	2
Behandelaars op één lijn	3	13	16	5	2	15	11	4	19	14	6	8	3	1	18	20	7	17	10	9	12
Afronding behandeling	--																				
Langer dan 15 minuten wachten	2	6	10	4	13	1	15	3	18	11	8	7	2	9	16	20	17	5	19	12	14
Keuze behandelaar	2	7	20	2	8	5	18	4	19	15	14	1	10	6	13	16	11	17	9	12	3
Keuze tijdstip behandeling	1	7	17	2	4	13	3	5	19	1	9	10	11	8	18	20	12	16	14	15	6
Meebeslissen behandelplan	1	8	19	4	5	6	15	3	16	13	18	1	17	7	20	9	10	12	14	2	11
Gemiddelde rangorde		9	14	6	6	11	10	7	13	10	11	6	9	7	16	16	11	12	14	10	10
Type aanbieder		1	3	2	2	2	2	1	4	5	1	1	4	3	3	4	1	1	1	1	2

**M=model**

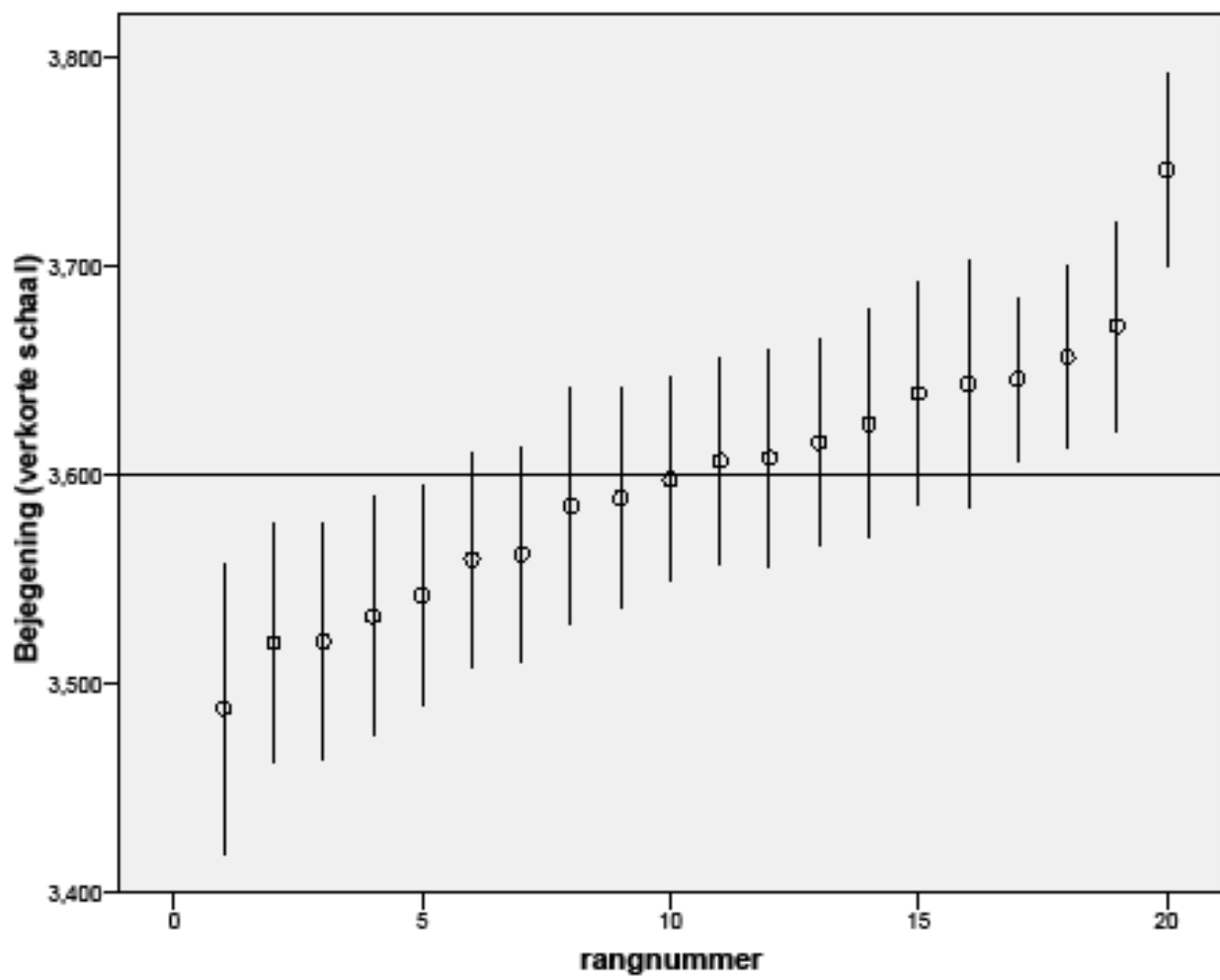


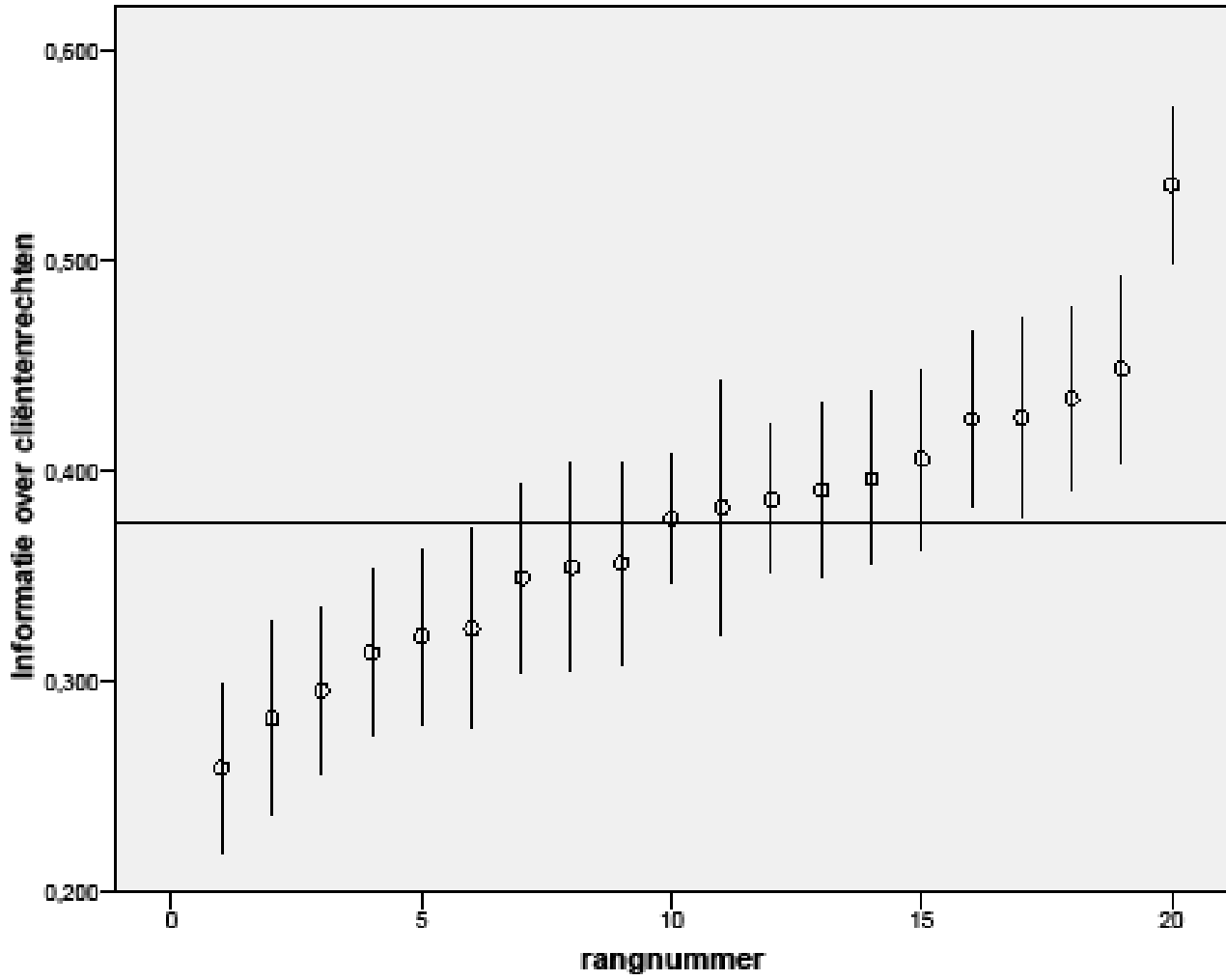
Bijlage 11 Grafieken multi-level analyses

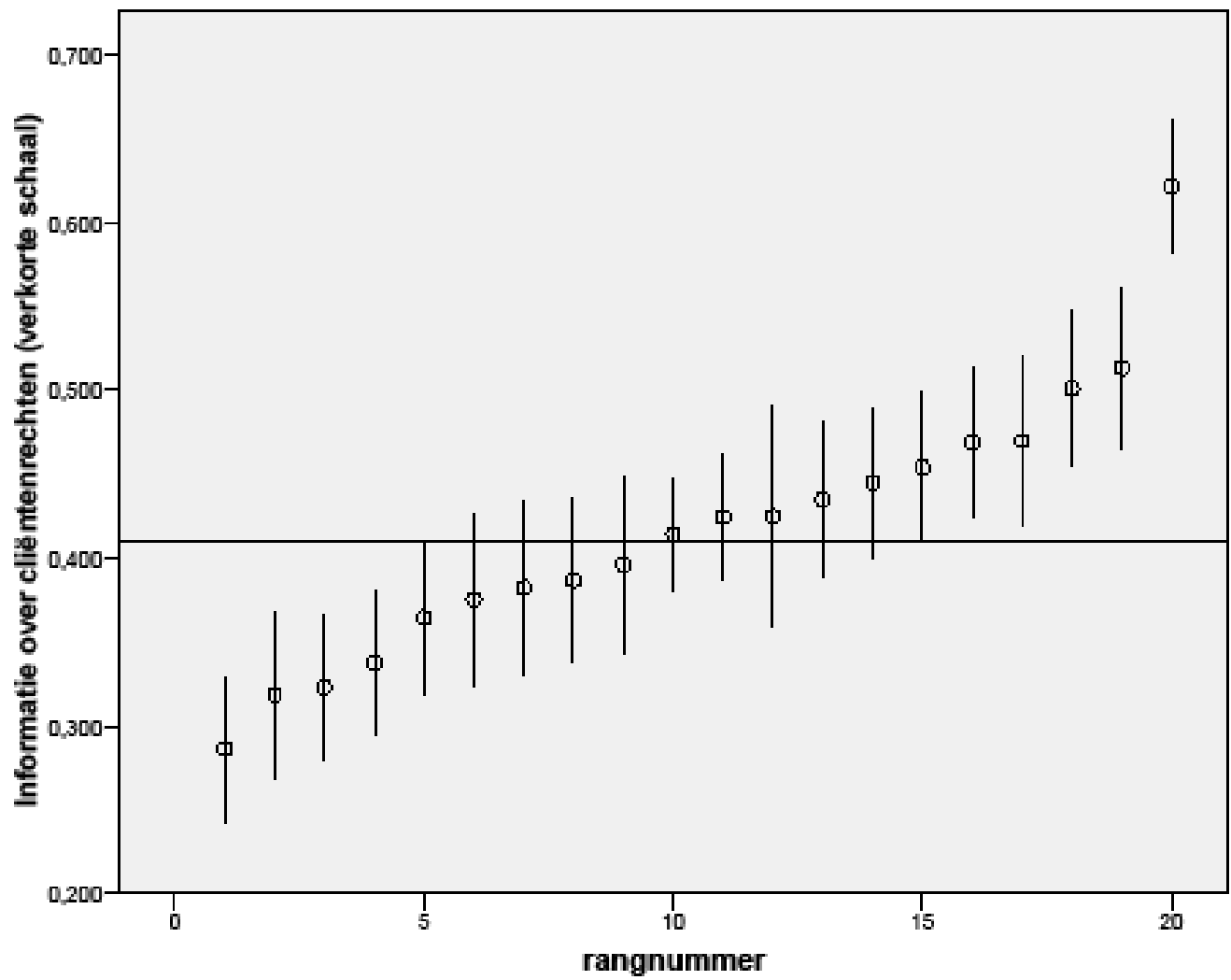


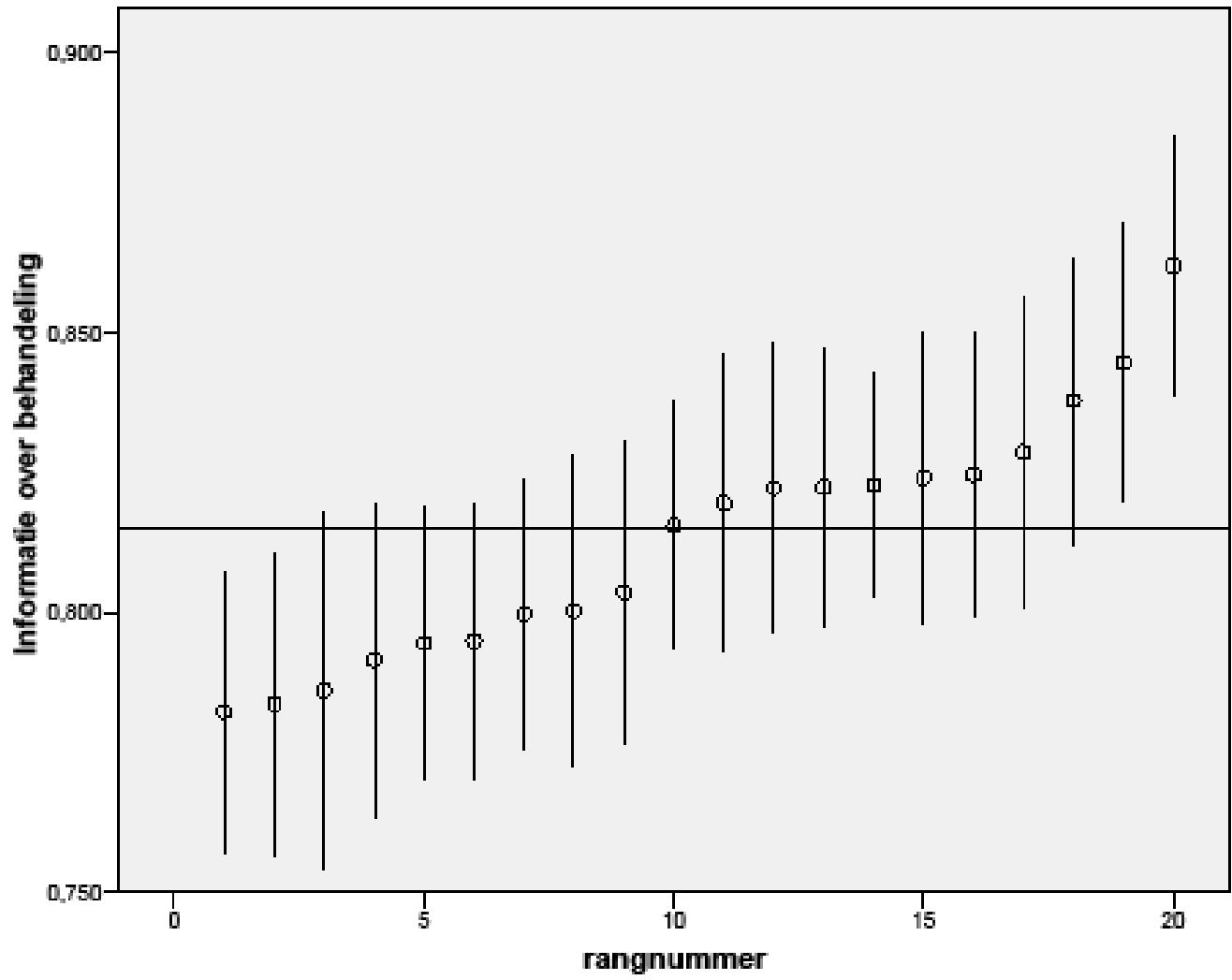


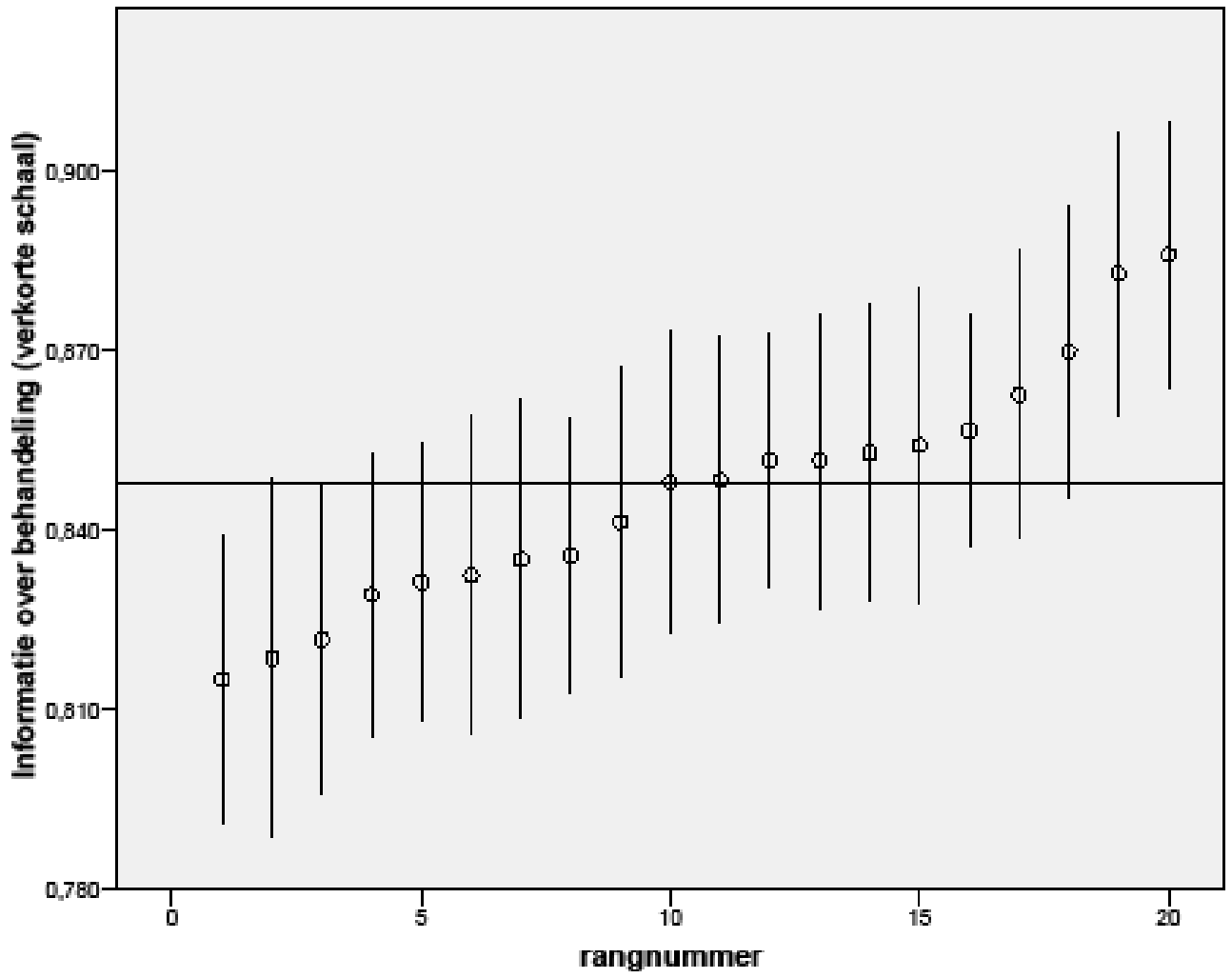


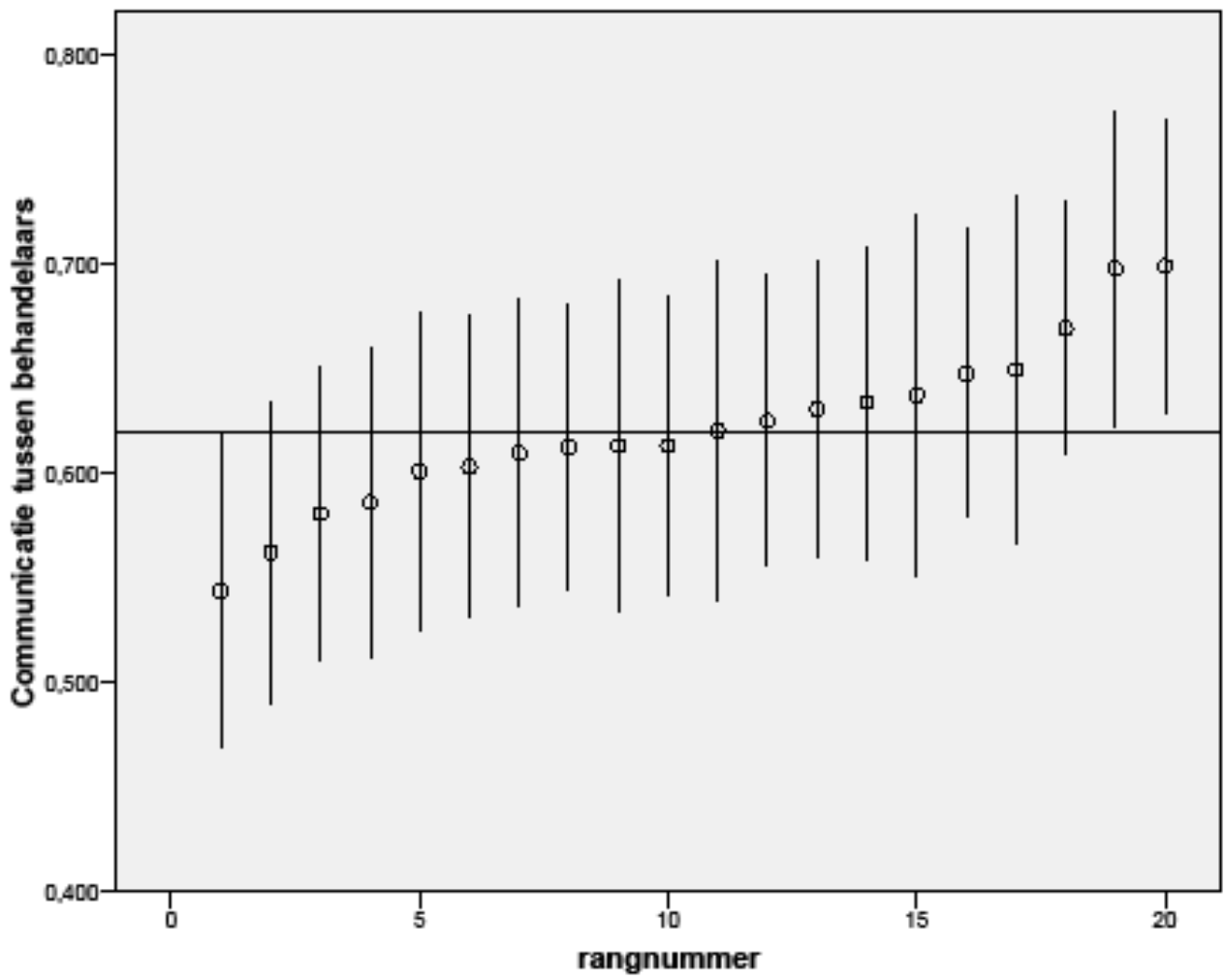


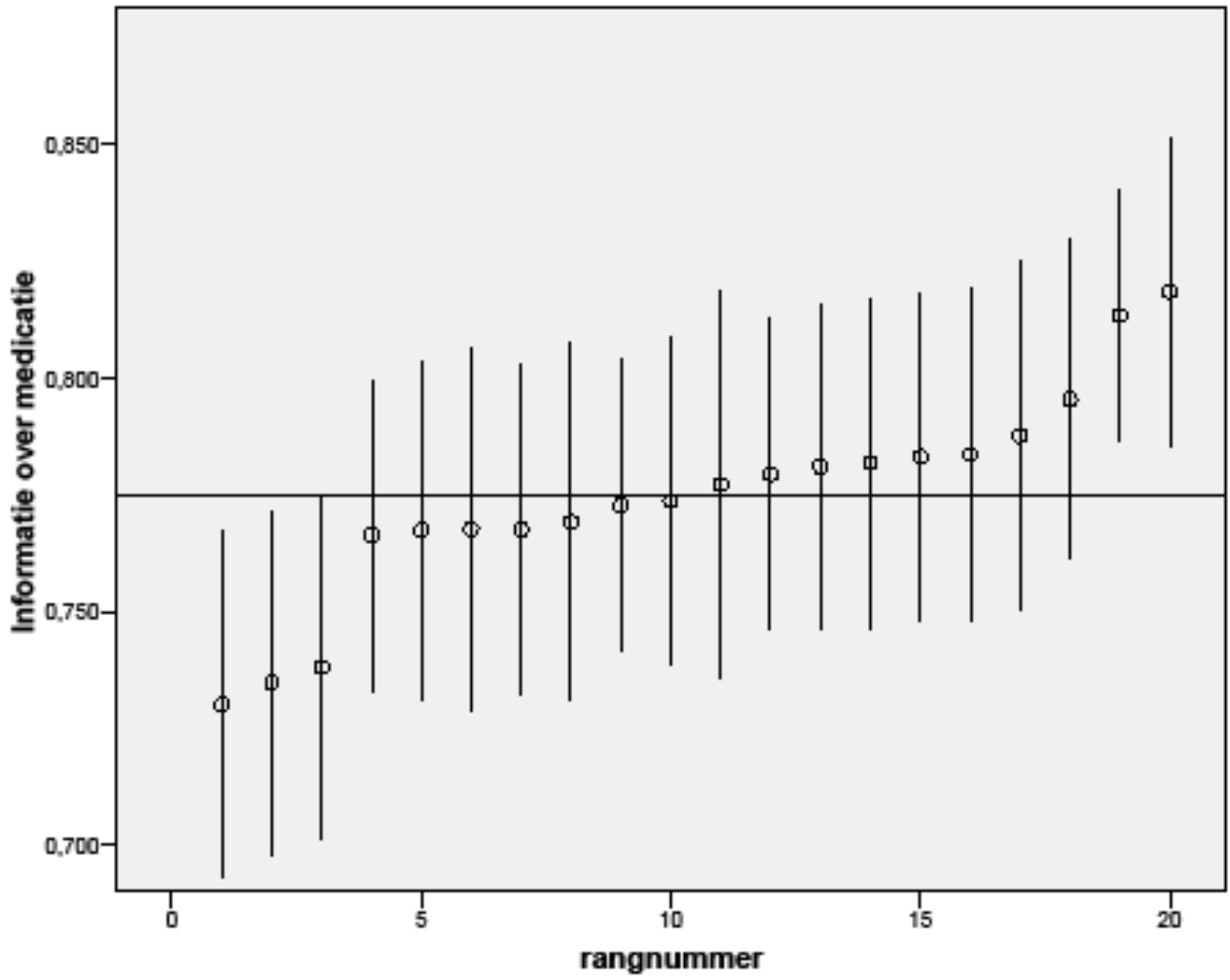


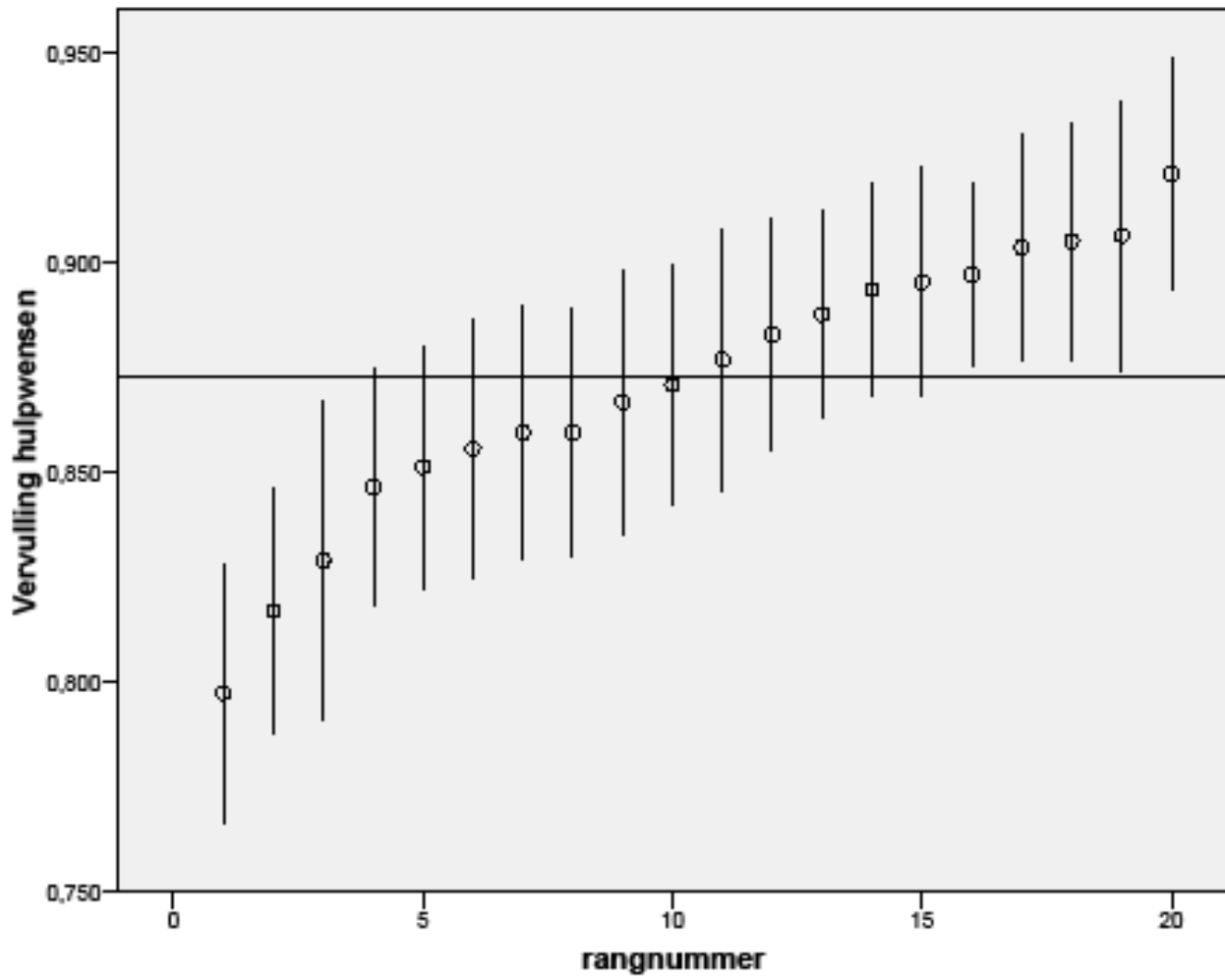




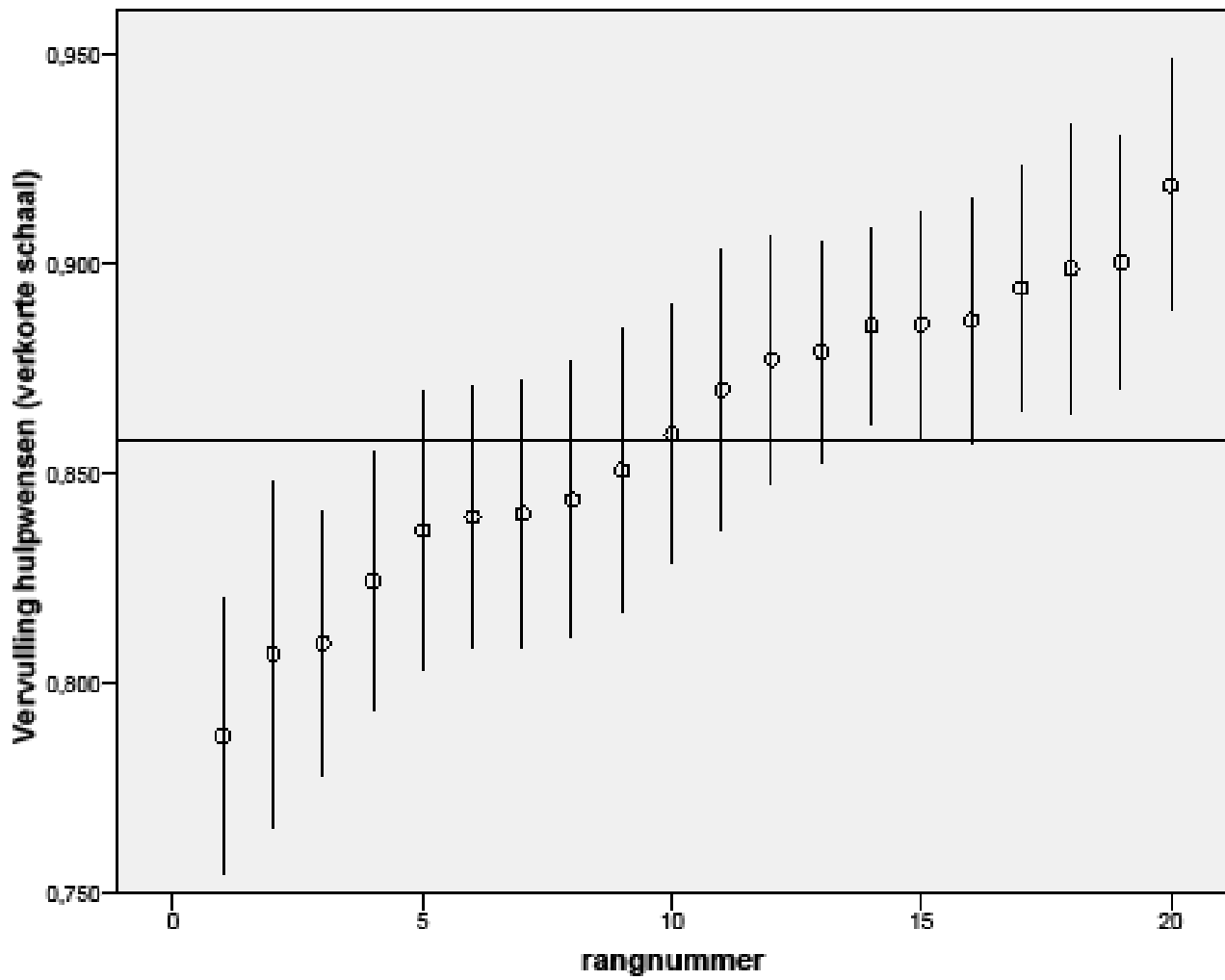


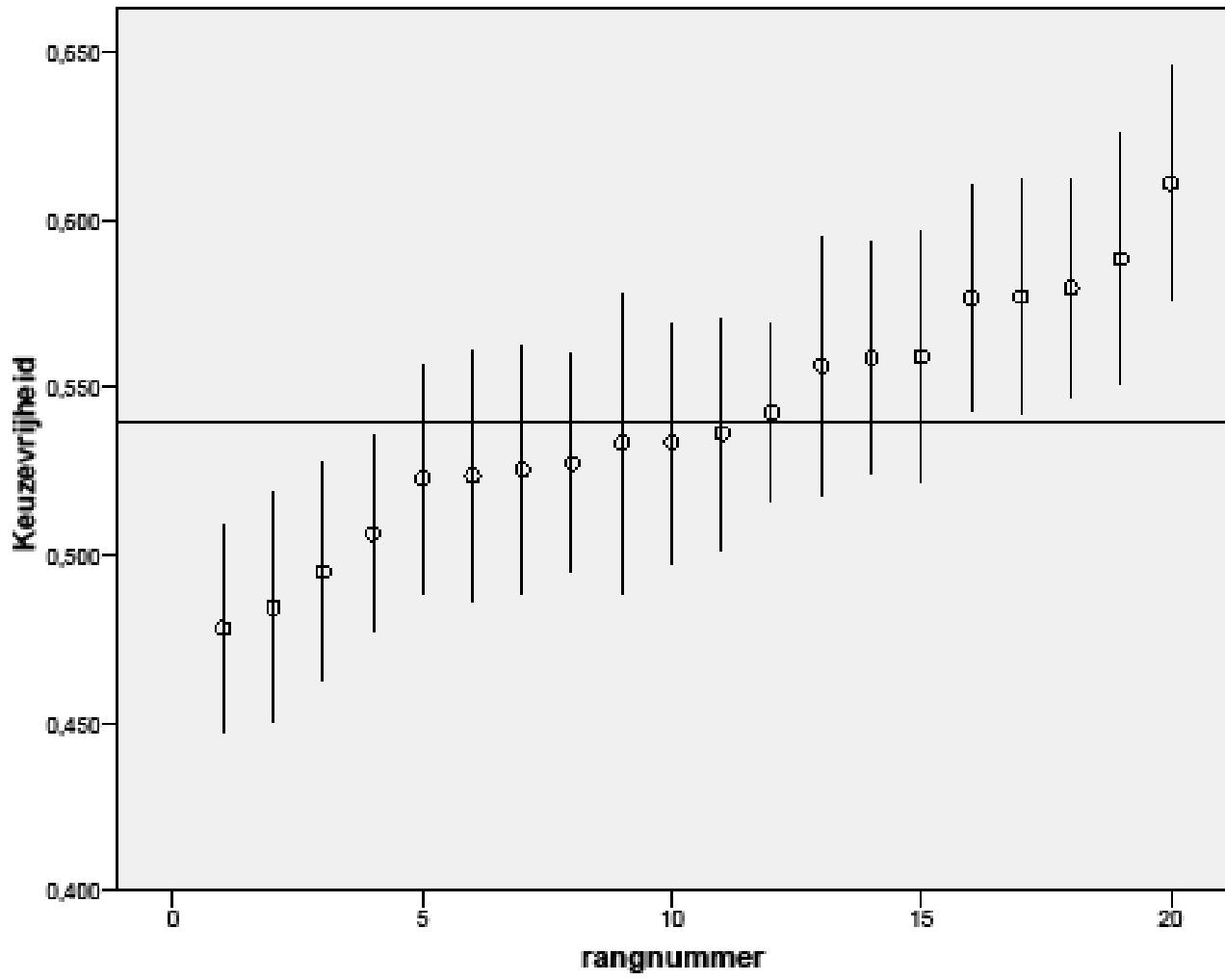


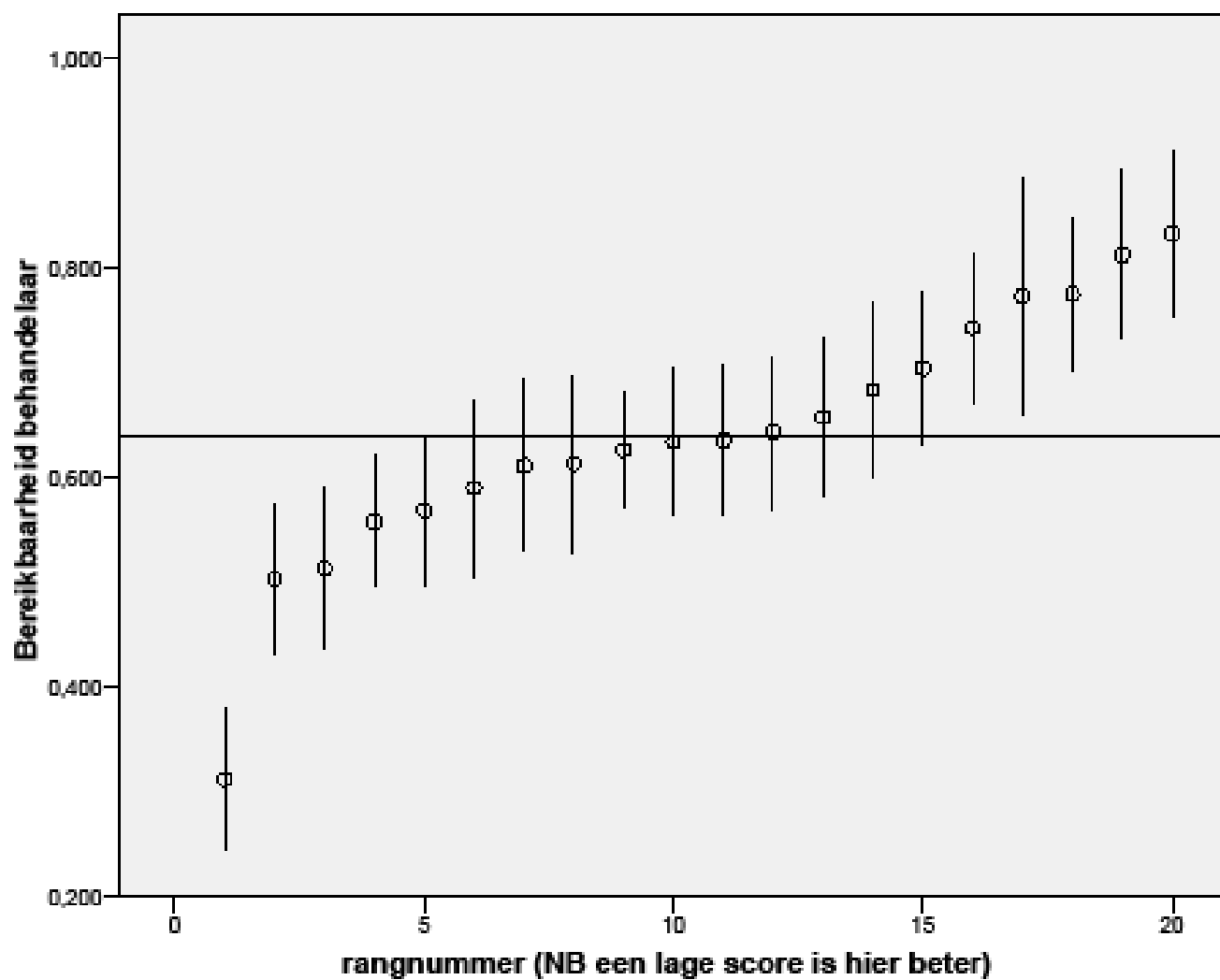


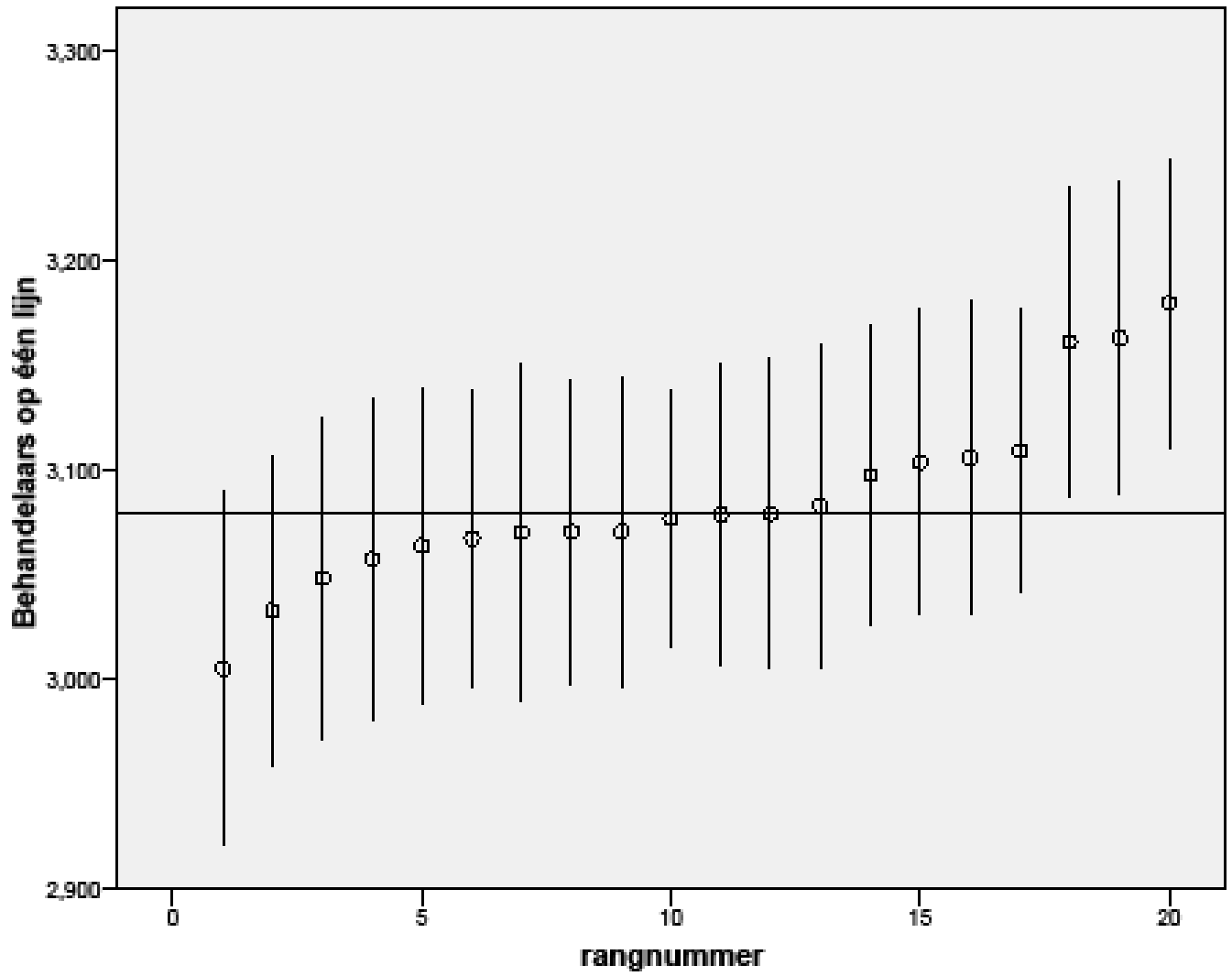


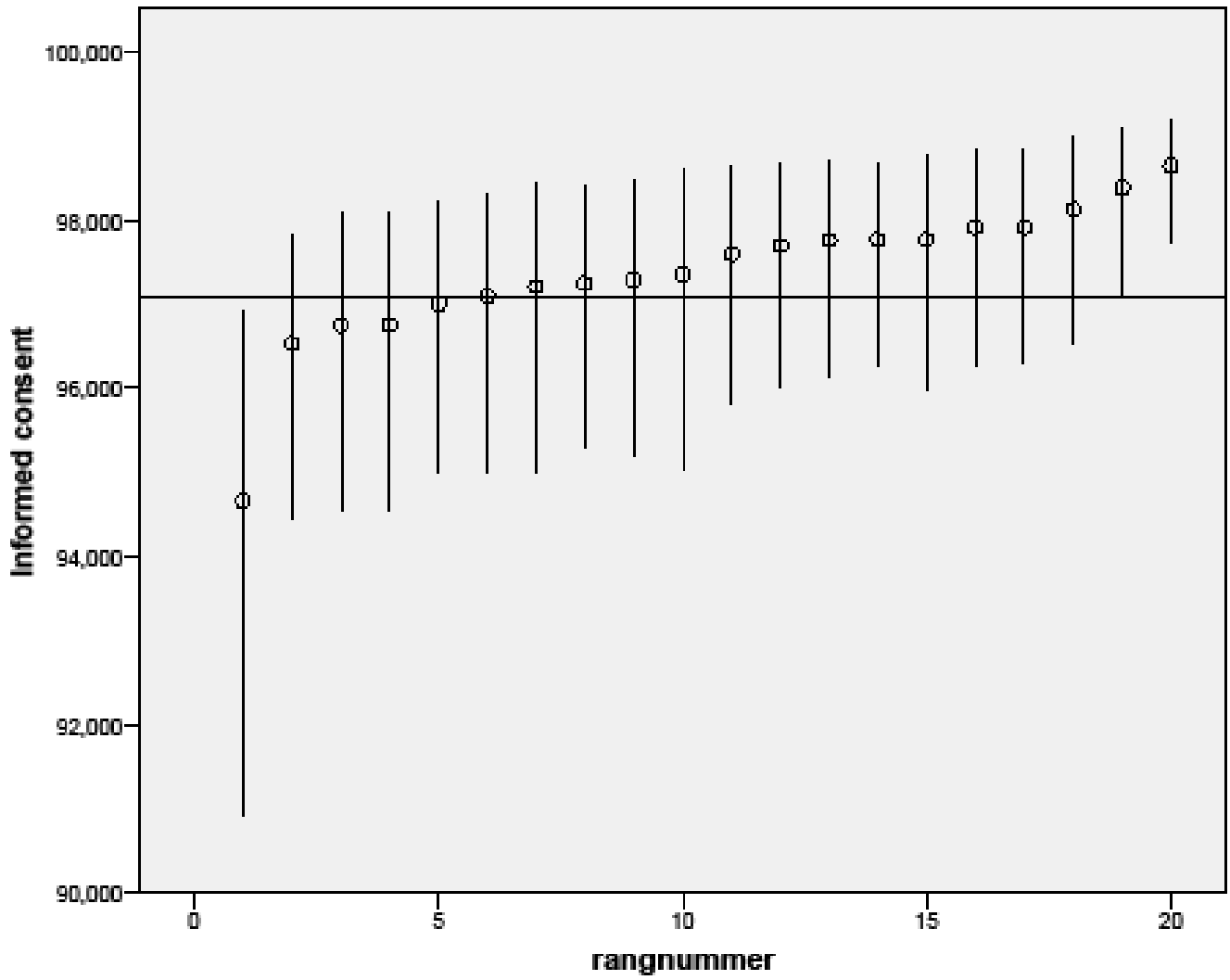


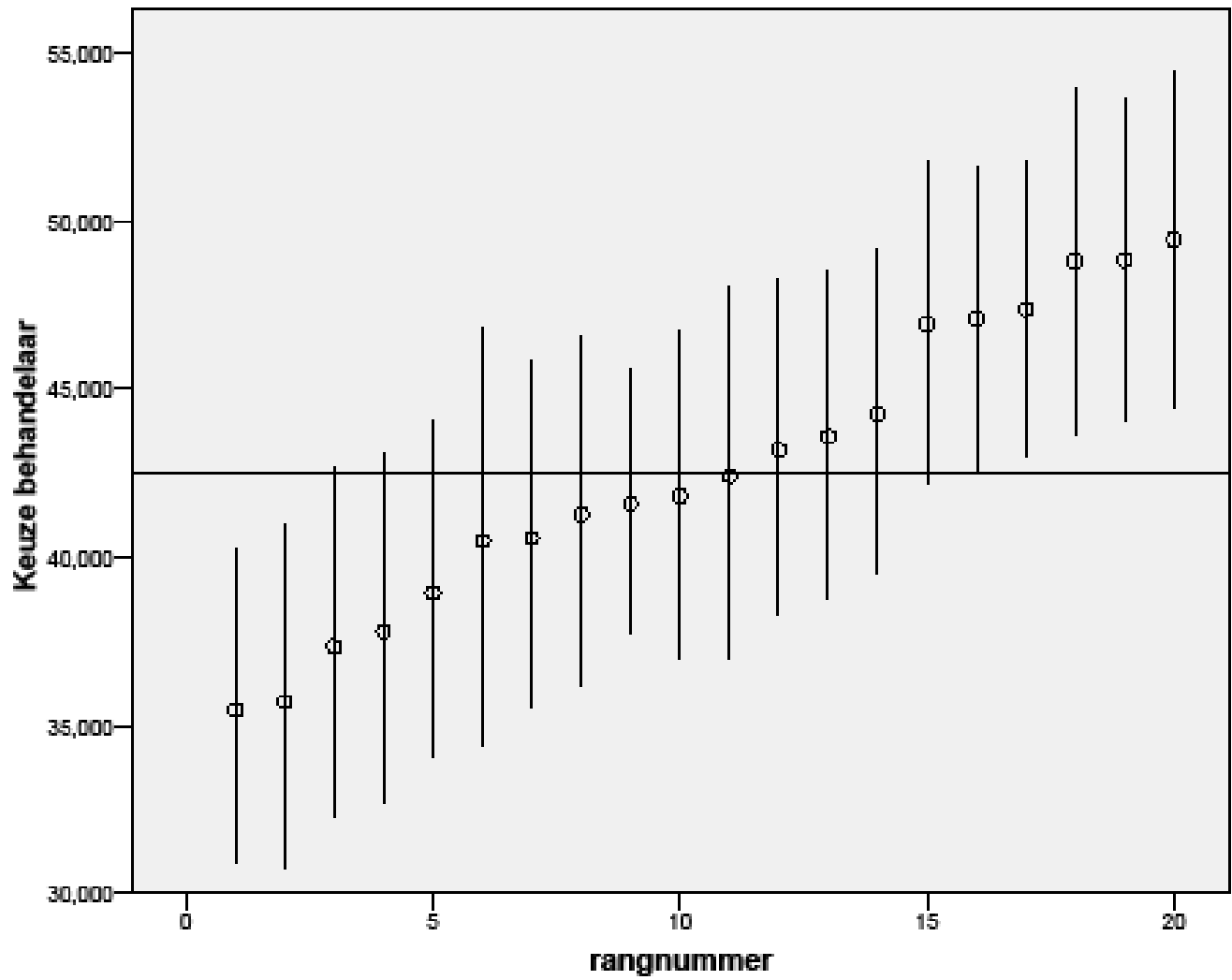


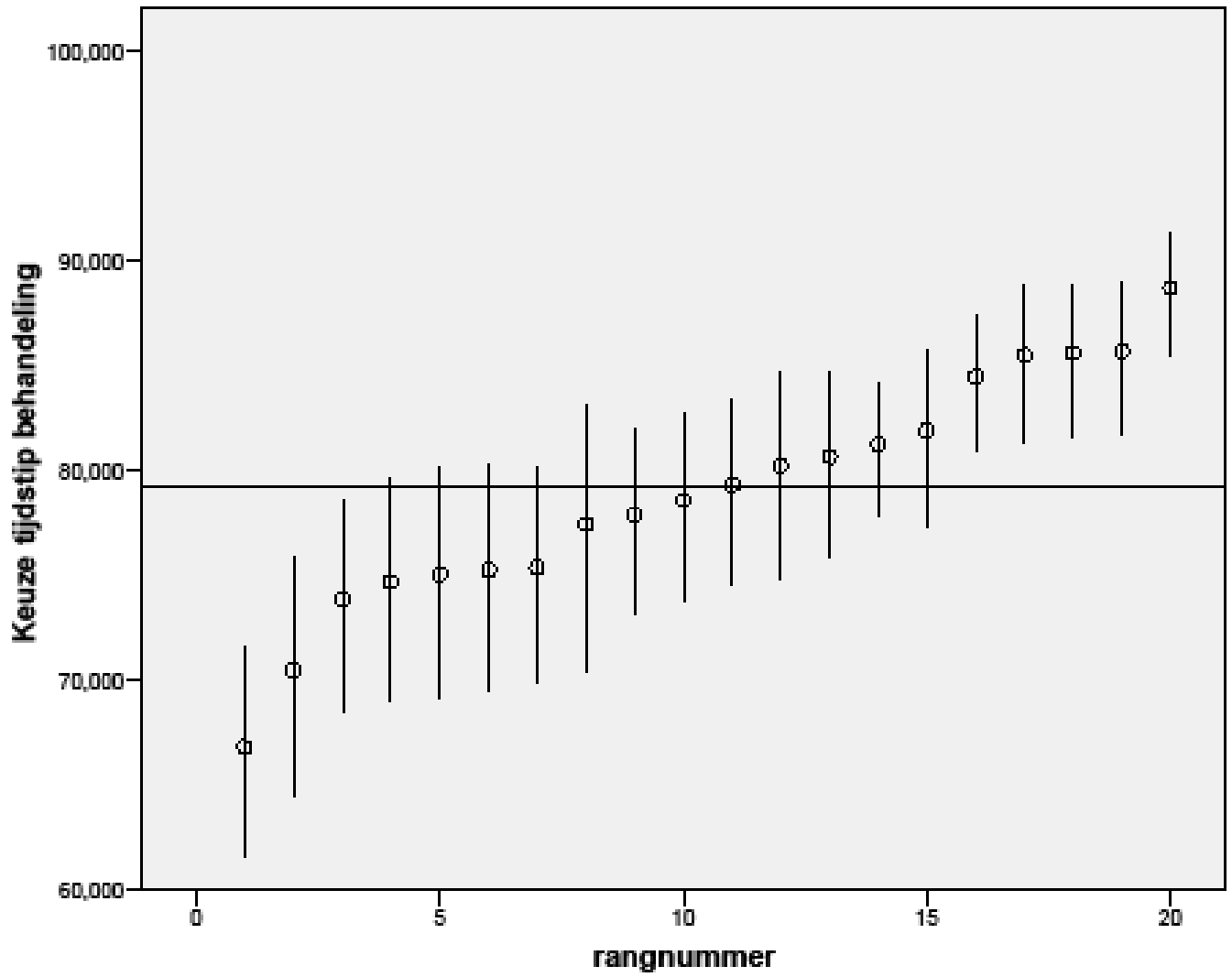


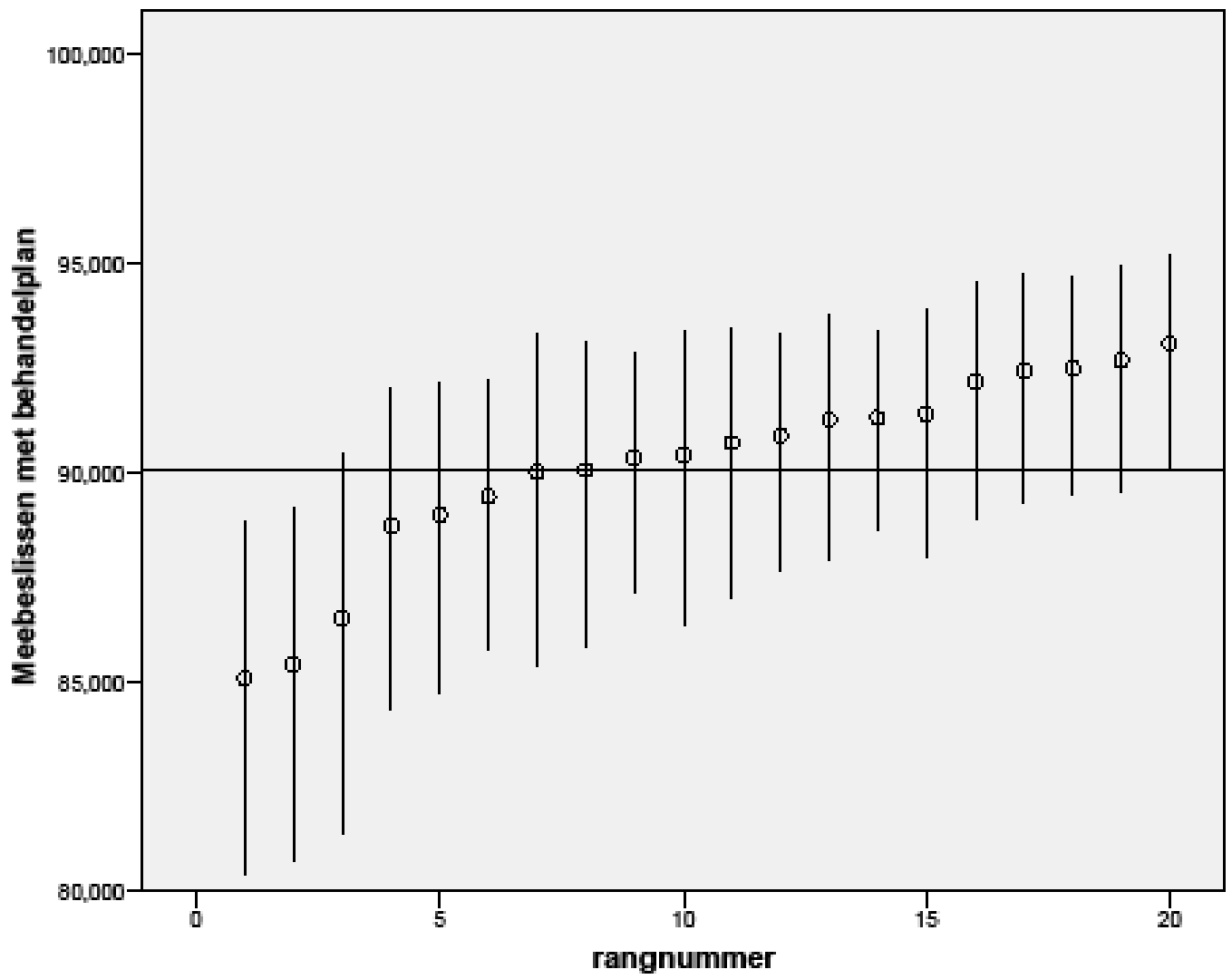














## Bijlage 12 Gegevens dataset jaarverantwoording (op basis van onverkorte schalen)

### Uitleg

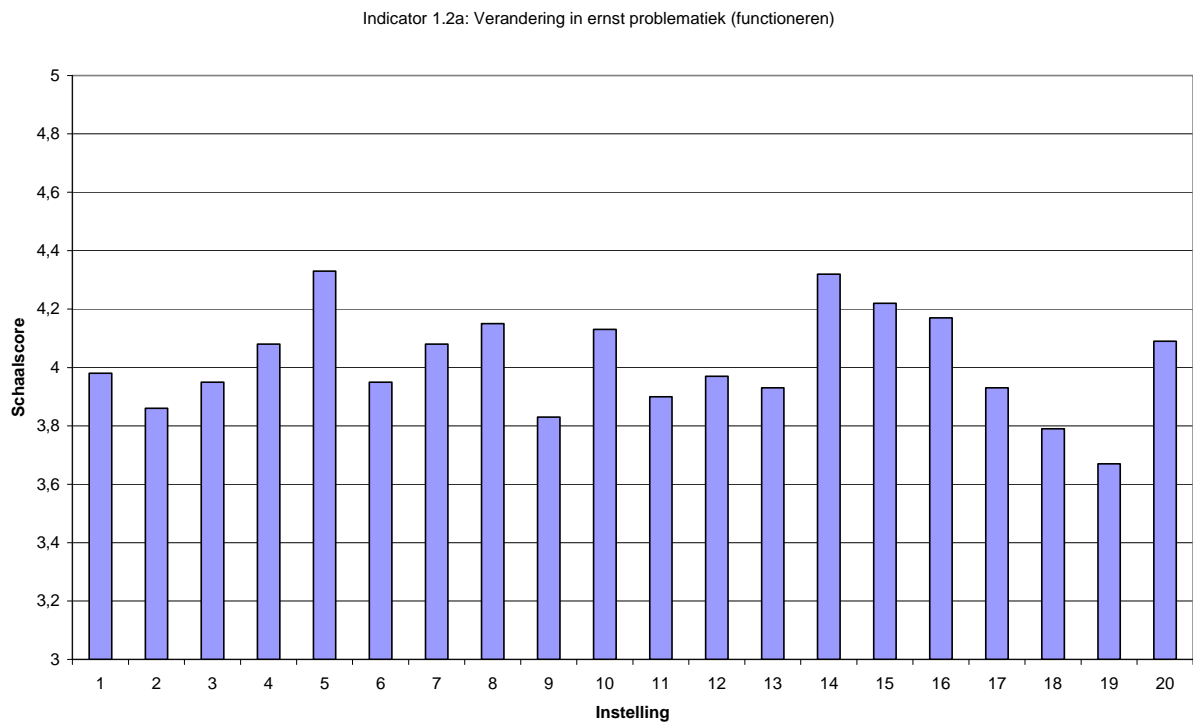
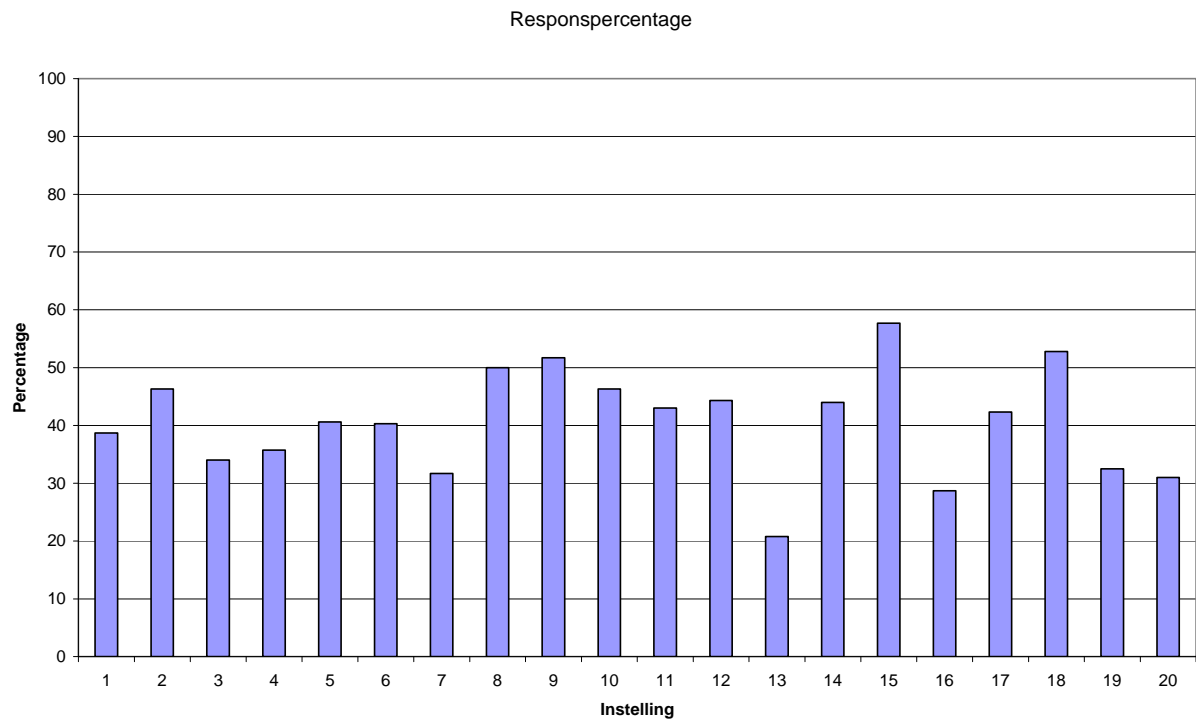
In onderstaande tabel zijn de benodigde gegevens voor de dataset opgenomen. Hierbij een uitleg van de categorieën.

Tot	Uitkomsten voor alle zorgaanbieders bij elkaar
N verzonden	Grootte van de steekproef waaraan een lijst is verzonden
gem schaalscore	Gemiddelde schaalscore
range	Mogelijke waarden die de gemiddelde schaalscore kan aannemen; hoe lager de waarde hoe minder positief de uitkomst
N positief	Aantal positieve antwoorden
N beantwoord	Aantal vragenlijsten met een bruikbare (schaalscore) score
% respons totaal	Aantal bruikbare scores gedeeld door het aantal respondenten

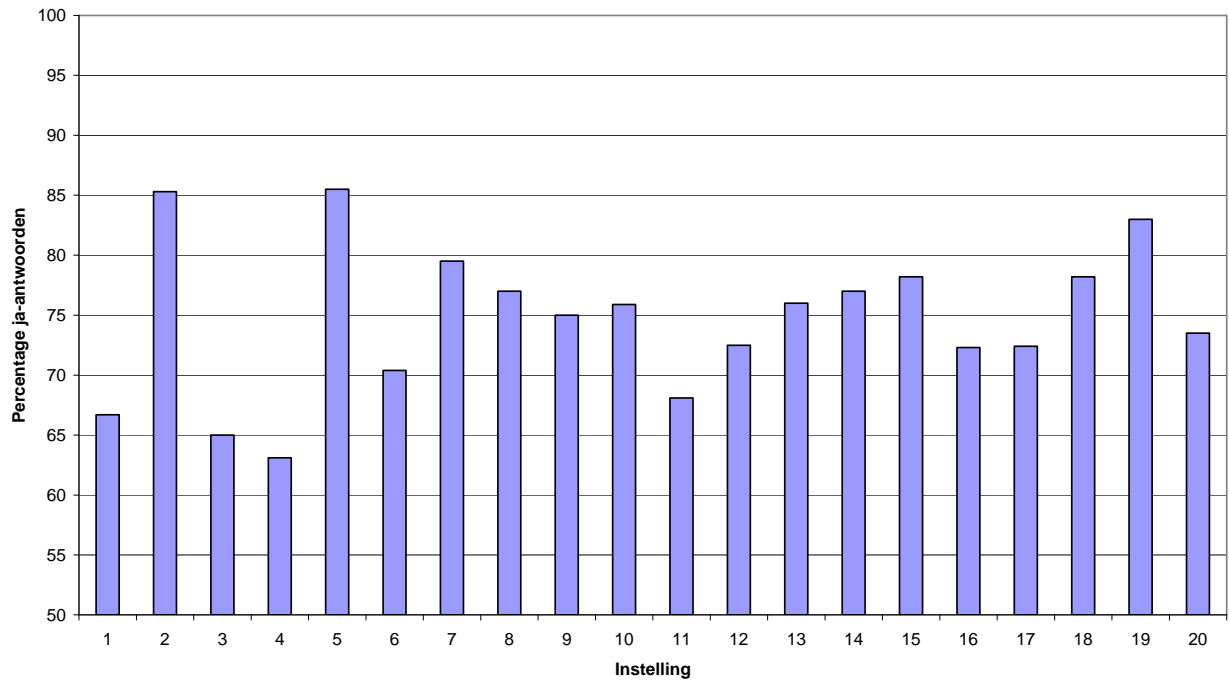
<b>Aanbieder</b>	<b>Tot</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
<b>N verzonden</b>	<b>6403</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>284</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>235</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>468</b>	<b>500</b>	<b>400</b>	<b>300</b>
N respons	2633	116	139	102	107	122	121	95	145	155	139	129	133	49	132	173	86	198	264	130	93
% respons	41.1	38.7	46.3	34.0	35.7	40.6	40.3	31.7	51.1	51.7	46.3	43.0	44.3	20.8	44.0	57.7	28.7	42.3	52.8	32.5	31.0
<b>1.2.a Functioneren</b>																					
• gem. schaalscore range (1-5)	4.00	3.98	3.85	3.95	4.08	4.33	3.95	4.08	4.15	3.83	4.13	3.90	3.97	3.93	4.32	4.22	4.17	3.93	3.79	3.67	4.09
• N beantwoord	2528	108	125	97	106	121	115	91	143	151	135	124	130	47	130	168	83	189	253	121	88
• % respons totaal	39.5	36.0	41.7	32.3	35.3	40.3	38.3	30.3	50.3	50.3	45.0	41.3	43.3	20.0	43.3	56.0	27.7	40.4	50.6	30.2	29.3
<b>2.2 Info medicatie</b>																					
• N positief	1207	40	87	39	41	47	50	62	54	75	60	64	58	19	57	61	34	89	158	73	36
• N beantwoord	1604	60	102	60	65	55	71	78	71	100	79	94	80	25	74	78	47	123	202	88	49
• % positief	75.2	66.7	85.3	65.0	63.1	85.5	70.4	79.5	76.1	75.0	75.9	68.1	72.5	76.0	77.0	78.2	72.3	72.4	78.2	83.0	73.5
• % respons totaal	nvt																				
<b>3.3 Informed consent</b>																					
• N positief	1528	50	68	58	70	96	76	45	71	80	80	75	80	27	83	123	52	91	166	72	64
• N respons	1580	50	72	59	71	98	79	51	72	82	83	79	84	28	83	126	54	97	168	76	67
• % positief	96.7	100.0	94.4	98.3	98.6	98.0	96.2	88.2	98.6	97.6	96.4	94.9	95.2	96.4	100.0	97.6	96.3	93.8	98.8	94.7	95.5
• % respons totaal	nvt																				

<b>Aanbieder</b>	<b>Tot</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
<b>N verzonden</b>	<b>6403</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>284</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>235</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>468</b>	<b>500</b>	<b>400</b>	<b>300</b>
<b>3.4 Keuzevrijheid</b>																					
• gem. schaalscore range (0-1)	0.43	0.43	0.50	0.39	0.39	0.54	0.57	0.45	0.32	0.35	0.25	0.39	0.44	0.45	0.49	0.49	0.41	0.38	0.41	0.44	0.52
• N beantwoord	2431	105	125	94	97	111	113	88	131	144	134	114	124	43	126	165	82	179	246	121	87
• % respons total	38.0	35.0	41.7	31.3	32.3	37.0	37.7	29.3	46.1	48.0	44.7	38.0	41.3	18.3	42.0	55.0	27.3	38.2	49.2	30.2	29.0
<b>3.5 Juiste behandeling</b>																					
• gem. schaalscore range (0-1)	0.87	0.85	0.92	0.84	0.78	0.86	0.87	0.90	0.90	0.91	0.90	0.84	0.88	0.79	0.95	0.91	0.94	0.88	0.88	0.76	0.86
• N beantwoord	2276	95	115	91	93	116	107	86	121	132	125	105	111	41	117	156	78	167	229	107	83
• % respons totaal	35.5	31.7	38.3	30.3	31.0	38.7	35.7	28.7	42.6	44.0	41.7	35.0	37.0	17.4	39.0	52.0	26.0	35.7	45.8	26.7	27.7
<b>3.6.a Bijstellen behandelplan</b>																					
• N positief	821	28	43	29	32	57	38	29	41	38	44	40	40	13	42	65	22	48	94	43	34
• N respons	1577	50	74	57	69	97	78	51	72	82	83	79	83	28	83	126	54	99	167	78	66
• % positief	52.1	56.0	58.1	50.9	46.4	58.8	48.7	56.9	56.9	46.3	53.0	50.6	48.2	46.4	50.6	51.6	40.7	48.5	56.3	55.1	51.5
<b>3.7 Communicatie behandelaars</b>																					
• gem. schaalscore range (0-1)	0.63	0.57	0.67	0.56	0.44	0.45	0.60	0.67	0.57	0.60	0.58	0.58	0.59	0.87	0.83	0.82	0.67	0.63	0.72	0.67	0.52
• N beantwoord	317	7	22	13	18	17	15	15	13	16	19	16	9	5	12	20	4	19	34	23	20
<b>3.10 Bejegening</b>																					
• gem. schaalscore range (1-4)	3.56	3.60	3.54	3.42	3.43	3.65	3.48	3.49	3.61	3.58	3.75	3.47	3.52	3.37	3.67	3.73	3.65	3.60	3.61	3.48	3.50
• N beantwoord	2487	105	127	94	101	117	116	89	136	147	135	122	126	46	130	165	82	183	251	121	91
• % respons totaal	38.8	35.0	42.3	31.3	33.7	39.0	38.7	29.7	47.9	49.0	45.0	40.7	42.0	19.6	43.3	55.0	27.3	39.1	50.2	30.2	30.3
<b>3.11 Info behandeling</b>																					
• gem. schaalscore range (0-1)	0.81	0.81	0.83	0.79	0.78	0.86	0.84	0.81	0.79	0.79	0.77	0.74	0.84	0.73	0.87	0.88	0.80	0.80	0.81	0.80	0.85
• N beantwoord	2442	104	125	97	99	118	111	86	136	143	131	121	129	42	125	162	82	182	234	118	85
• % respons totaal	38.1	34.7	41.7	32.3	33.0	39.3	37.0	28.7	47.9	47.7	43.7	40.3	43.0	17.9	41.7	54.0	27.3	38.9	46.8	29.5	28.3

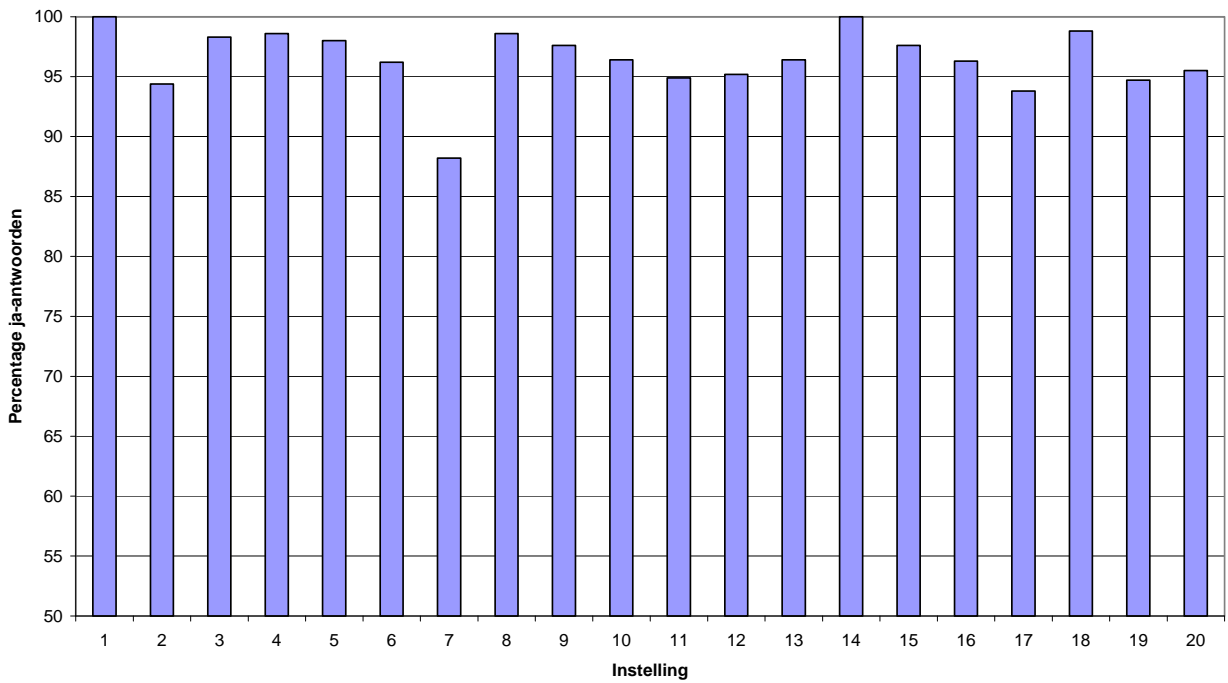
## Bijlage 13 Grafieken Indicatoren Basisset



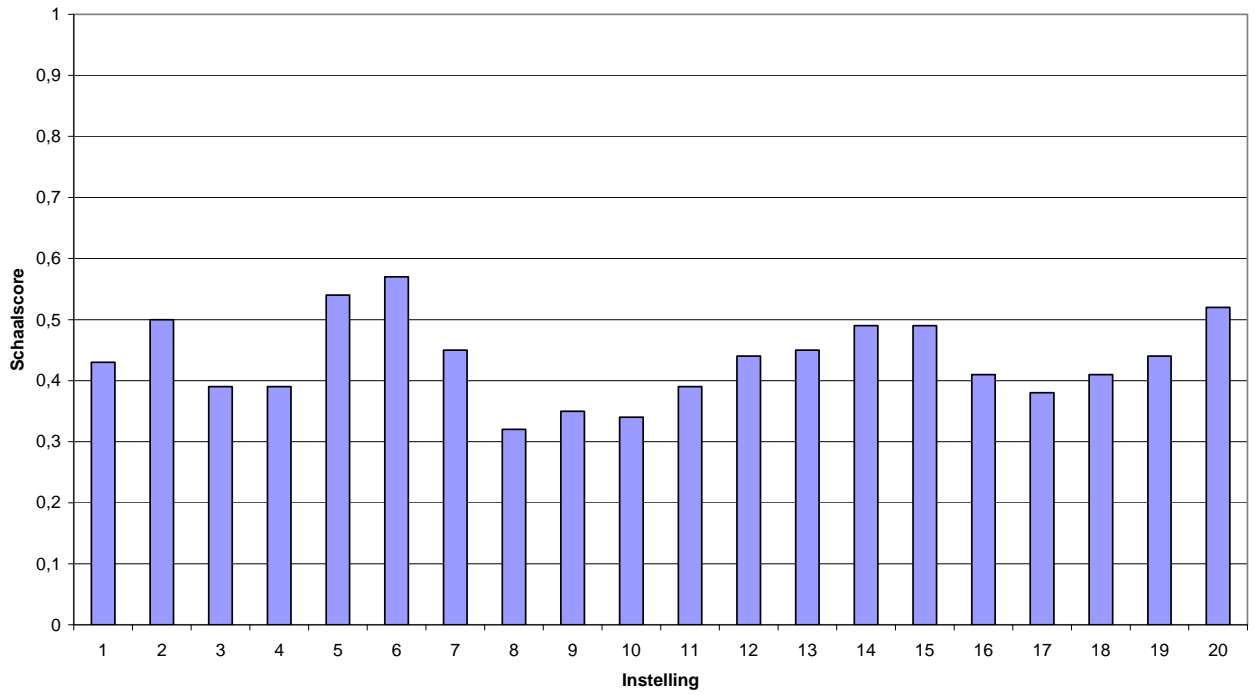
Indicator 2.2: Informatie over (bij)werking medicatie



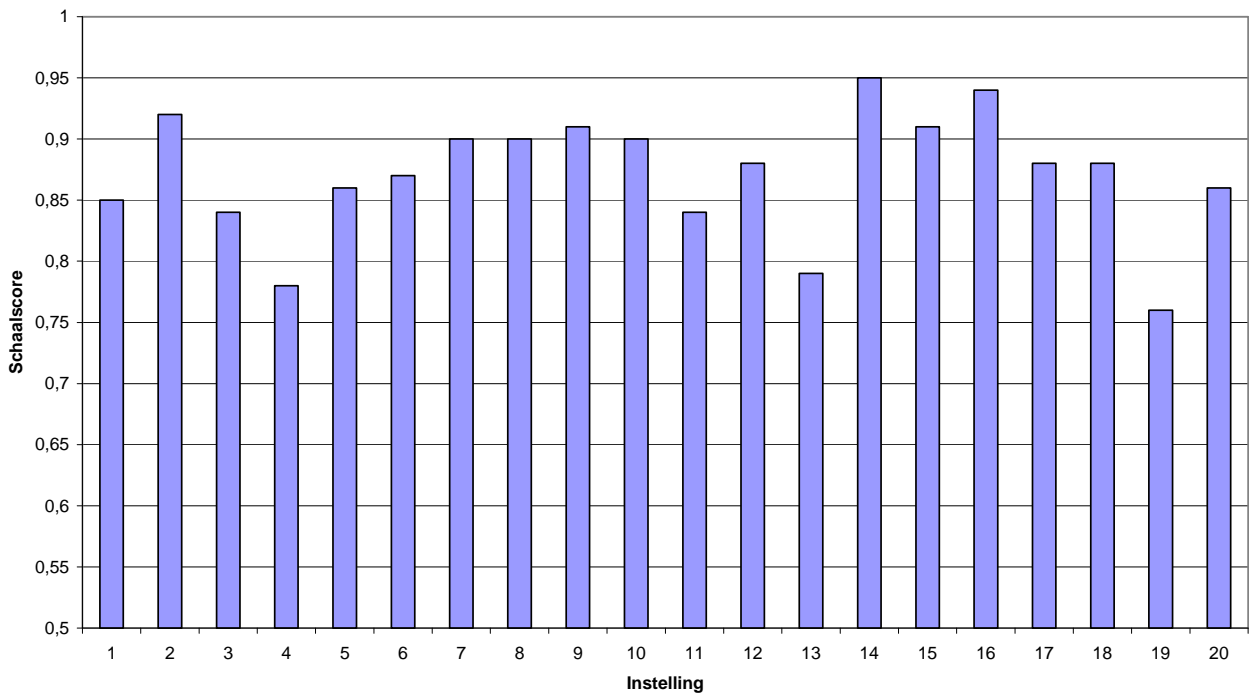
Indicator 3.3: Informed consent



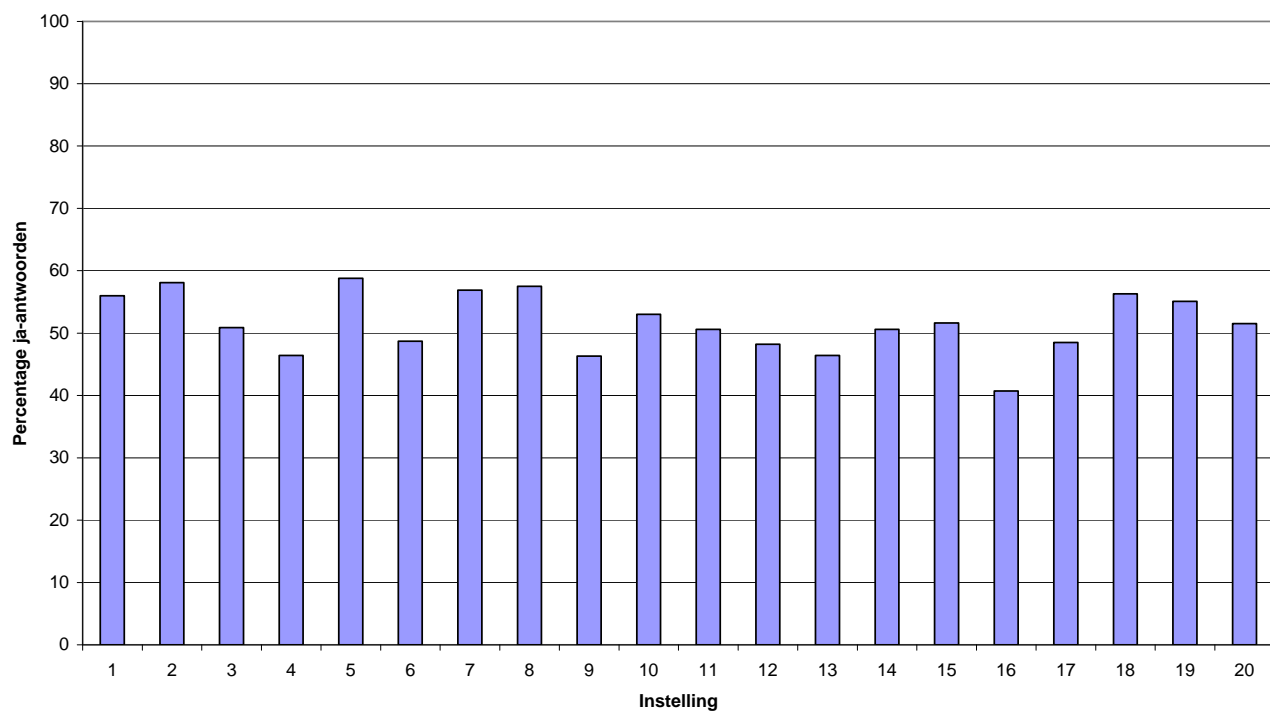
Indicator 3.4: Keuzemogelijkheid



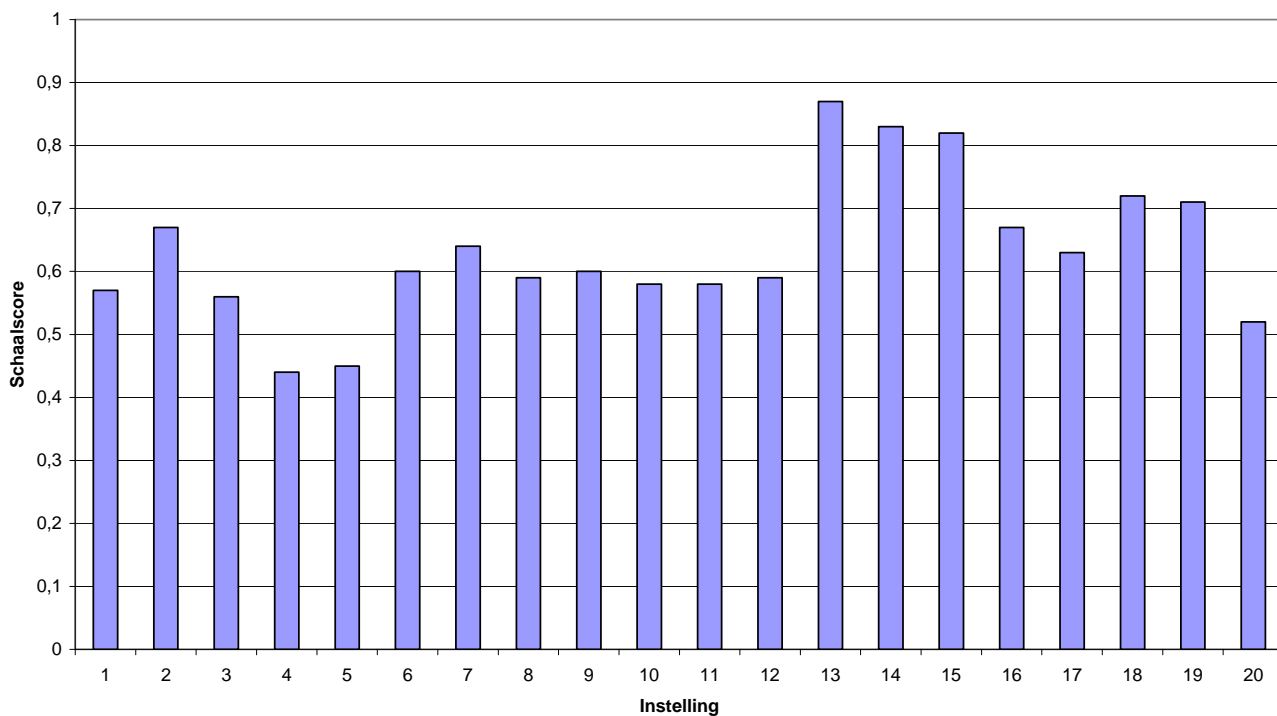
Indicator 3.5: Juiste behandeling ontvangen



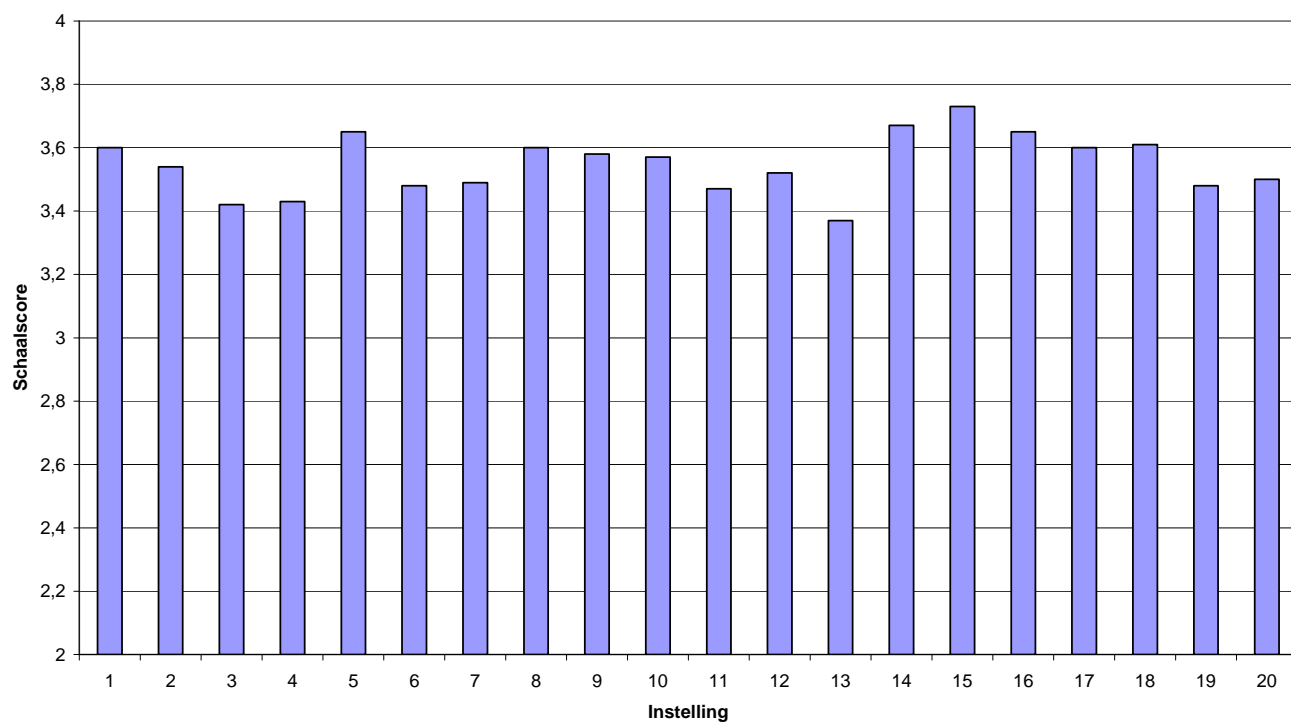
Indicator 3.6.a: In overleg bijstellen behandelplan



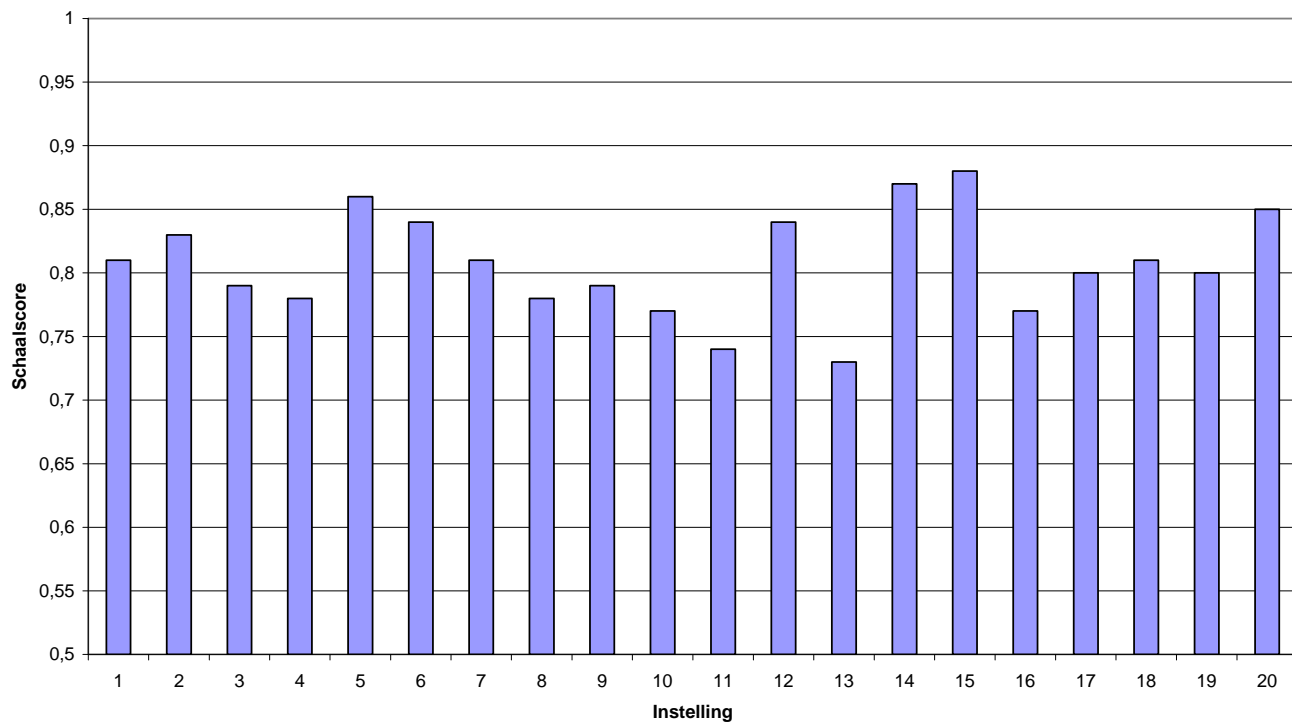
Indicator 3.7: Info uitwisseling tussen behandelaars



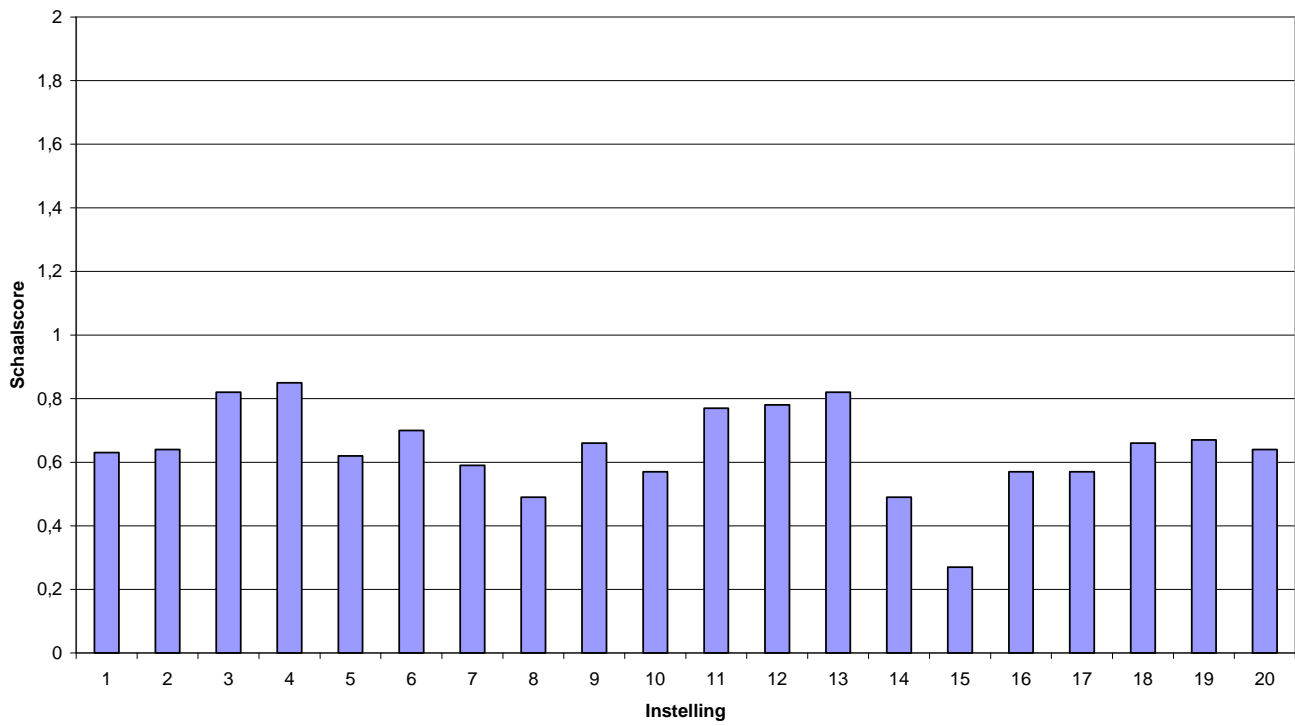
Indicator 3.10: Bejegening



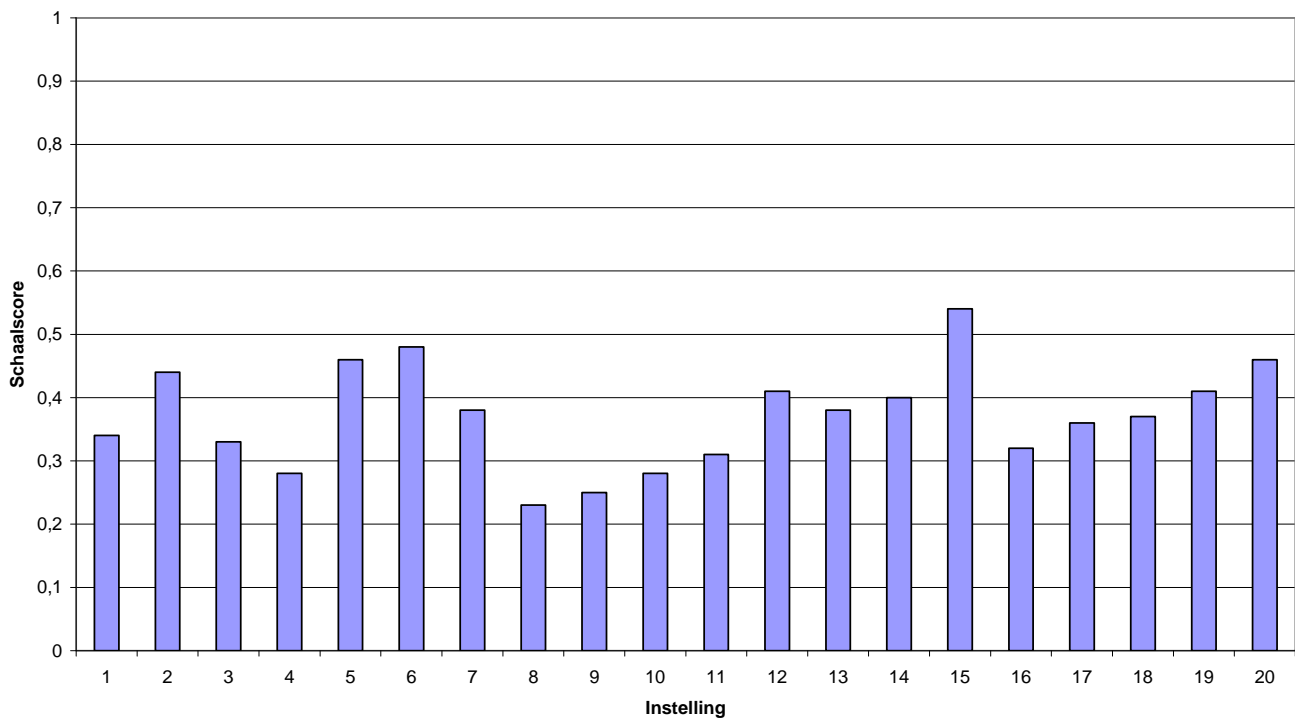
Indicator 3.11: Info over de behandeling



### Bereikbaarheid

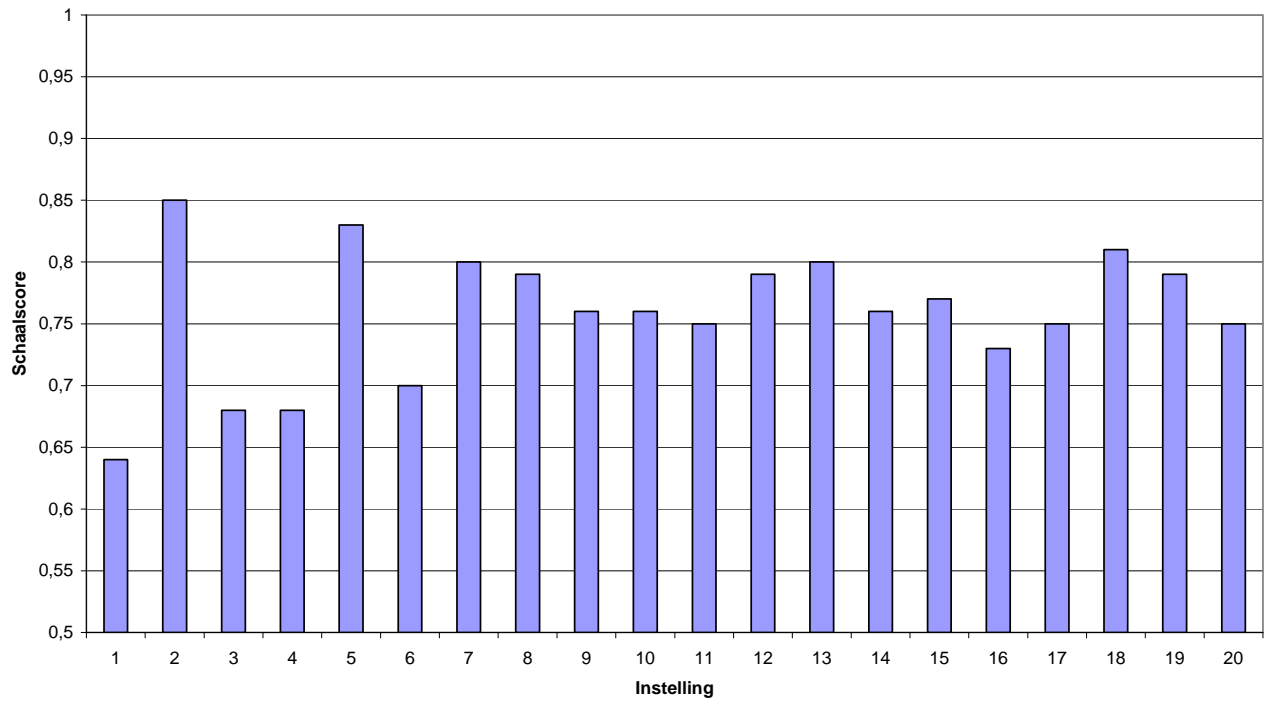


### Info over cliëntenrechten

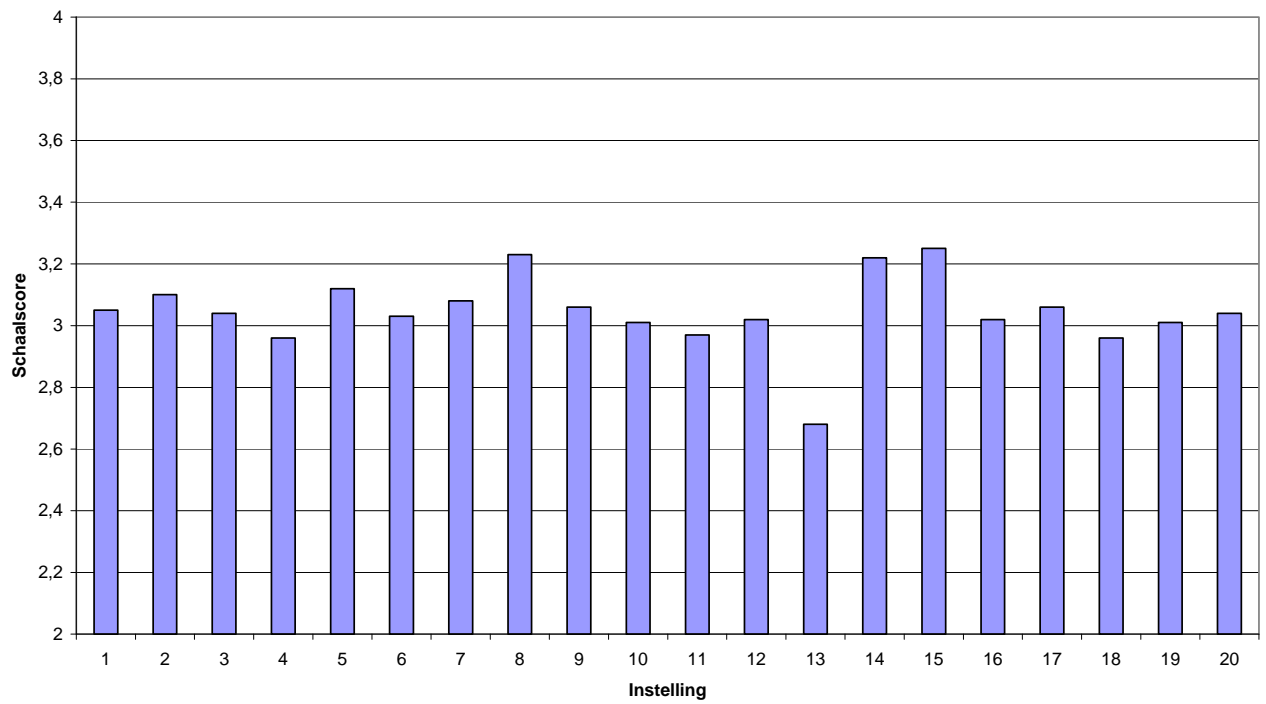




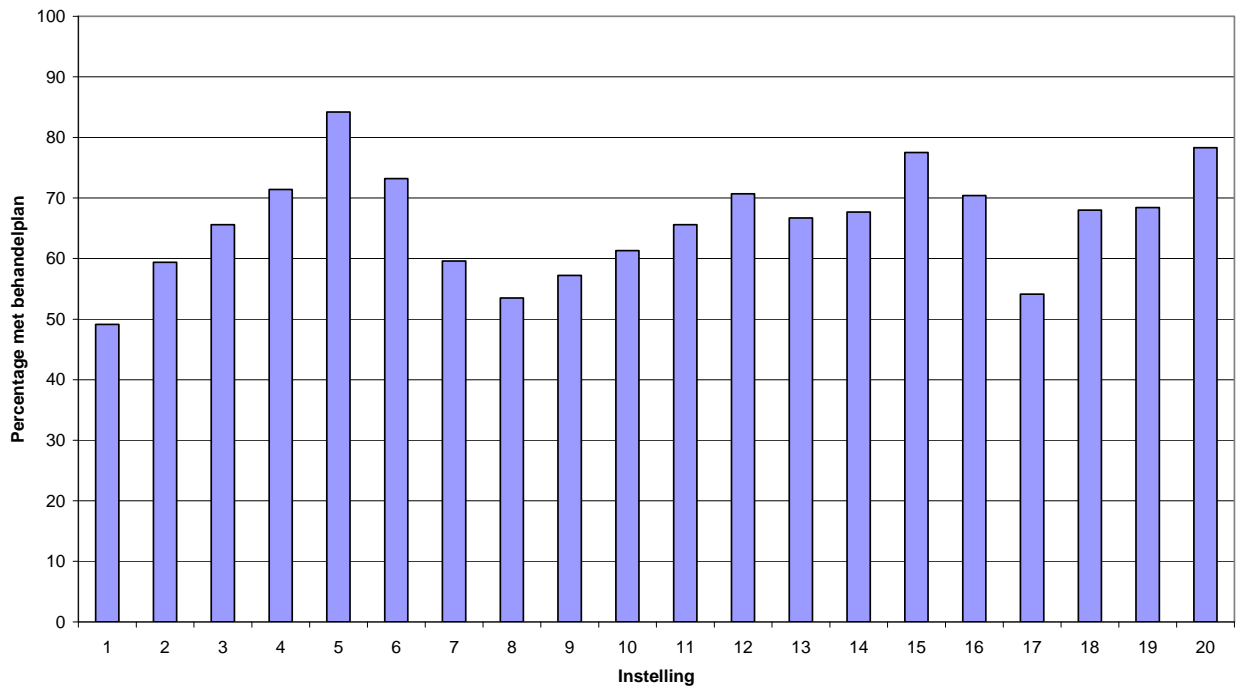
Info over medicatie (gehele schaal)



Behandelaars op één lijn



Percentage cliënten met een behandelplan



**Bijlage 14 Definitieve CQI kortdurend ambulante ggz  
en vz**

Ervaringen met de kortdurende ambulante  
geestelijke gezondheidszorg of  
verslavingszorg

Consumer Quality Index

versie 4.0

## Algemene informatie

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de ambulante geestelijke gezondheidszorg (ggz). Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt.

### Over het woordgebruik in de vragenlijst

In de ggz worden uiteenlopende omschrijvingen gebruikt. Om de vragenlijst overzichtelijk te houden, is ervoor gekozen een beperkt aantal omschrijvingen te gebruiken.

- **Behandelaar:** Hiermee wordt ook bedoeld hulpverlener, therapeut, maatschappelijk werker, psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er) of psycholoog. Als u behandeld wordt door een team van behandelaars dan heeft de term betrekking op de behandelaar met wie u het meest contact heeft.
- **Behandeling:** Hieronder wordt ook hulp, hulpverlening, ondersteuning en begeleiding verstaan.
- **Behandelovereenkomst:** U kunt dit ook lezen als 'behandelplan' of 'behandelafspraken'.
- **Klachten:** Hiermee worden de (psychische) klachten en problemen bedoeld waarvoor u hulp zoekt/heeft gezocht.
- **Hem of haar:** Tot slot wordt er in de gehele tekst over 'hem' gesproken, u kunt dit lezen als 'hem/haar'.

## VRAAG VOORAF

1. Heeft u in de afgelopen 4 maanden tenminste één behandelcontact gehad met een therapeut, maatschappelijk werker, psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige of psycholoog?

- Nee
- Ja

***Zo nee, dan is deze vragenlijst niet voor u bedoeld. Zou u in dit geval deze vraag met 'nee' willen beantwoorden en de vragenlijst willen terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolp?***

### Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

Beantwoord de vragen door een kruisje te zetten in **het vakje** dat links van het antwoord staat. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij die vragen staat dan aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.

Het is ook mogelijk dat bepaalde vragen op u niet van toepassing zijn. In de lijst wordt dan met een pijl aangegeven welke vragen u kunt overslaan en met welke vraag u kunt verdergaan:

- Nee
- Ja → ***ga verder met vraag 10***

De meeste vragen hebben betrekking op de **afgelopen 12 maanden**. Het kan zijn dat uw huidige behandeling korter dan 12 maanden duurt. U kunt de vraag dan beantwoorden voor deze periode.

Beantwoord de lijst vraag voor vraag. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het is belangrijk dat u uw eigen ervaringen weergeeft.

Na het invullen kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolp. U hoeft geen postzegel te plakken.

## **HULPVRAAG**

Er zijn verschillende redenen waarom iemand een behandeling in de ambulante ggz krijgt. Deze redenen kunnen van psychische aard zijn of samenhangen met moeilijkheden die mensen ondervinden.

### **2. Waarvoor heeft u hulp gezocht?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk; u kunt alle antwoorden aankruisen die op u van toepassing zijn.*

- Depressieve klachten, somberheid, het niet meer zien zitten, niets meer voelen, nergens plezier in hebben
- Angst, fobie, dwanghandelingen en/of dwanggedachten
- Eetproblemen
- Psychose, wanen, hallucinaties, (ernstige) verwardheid
- Sterk wisselende stemmingen
- Persoonlijkheidsproblematiek (bijvoorbeeld borderline)
- Psychische klachten met een lichamelijke oorzaak
- Overbelastingsklachten, zoals burn-out, overspannenheid, stress, zich overbelast voelen
- Problemen vanwege het gebruik van alcohol, drugs, of door gokken
- Problemen met werk/baan, financiën, huisvesting, werk of school
- Relatieproblemen, huiselijk geweld, problemen in de opvoeding
- Rouw
- Andere reden(en), namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

### **3. Wanneer zijn uw huidige klachten ongeveer begonnen?**

- Kortere dan 1 maand geleden
- 1 tot 3 maanden geleden
- 3 tot 6 maanden geleden
- 6 maanden tot 1 jaar geleden
- 1 tot 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar geleden

## **BEREIKBAARHEID VAN DE BEHANDELAAR(S)**

De volgende vragen gaan over de bereikbaarheid van de behandelaar(s). Neem hierbij de afgelopen 12 maanden in gedachten.

### **4. Is het een probleem om een afspraak met uw behandelaar snel te laten plaatsvinden**

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

### **5. Is het een probleem om uw behandelaar overdag tussen 9.00 en 17.00 uur telefonisch te bereiken**

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

### **6. Is het een probleem om een behandelaar 's avonds of in het weekend telefonisch te bereiken, in geval van nood?**

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

## **INFORMATIEVOORZIENING**

Deze vragen hebben betrekking op de afgelopen 12 maanden.

### **7. Bent u geïnformeerd over de behandelingsmogelijkheden die er voor uw klachten zijn?**

- Nee
- Ja

### **8. Bent u geïnformeerd over de aanpak van uw huidige behandeling?**

- Nee
- Ja

9. Bent u geïnformeerd over hoe u met uw klachten om kunt gaan?

- Nee
- Ja

10. Bent u geïnformeerd over het resultaat dat u van de behandeling kunt verwachten?

- Nee
- Ja

11. Heeft u in de afgelopen 12 maanden medicijnen gebruikt voor uw psychische klachten?

- Nee → **ga verder met vraag 15**
- Ja

12. Bent u geïnformeerd over de verschillende soorten medicijnen die er bestaan voor uw klachten?

- Nee
- Ja

13. Bent u geïnformeerd over de werking van de medicijnen die u gebruikt?

- Nee
- Ja

14. Bent u geïnformeerd over de eventuele (lichamelijke) bijwerkingen van de medicijnen die u gebruikt?

- Nee
- Ja

15. Bent u geïnformeerd over behandelmogelijkheden elders?

- Nee
- Ja

16. Bent u geïnformeerd over andere vormen van behandeling of ondersteuning zoals zelfhulpprogramma's, cliëntondersteuning, patiëntenverenigingen, E-hulp en alternatieve geneeswijzen?

- Nee
- Ja

17. Bent u geïnformeerd over uw rechten als cliënt wat betreft het inzien van uw cliëntdossier?

- Nee
- Ja

18. Bent u geïnformeerd over uw rechten als cliënt wat betreft de mogelijkheden tot een second opinion?

- Nee
- Ja

19. Bent u geïnformeerd over uw rechten als cliënt wat betreft de klachtenprocedure?

- Nee
- Ja

20. Legt uw behandelaar u dingen op een begrijpelijke manier uit?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

### **INSPRAAK EN KEUZEVRIJHEID**

De volgende vragen gaan over de mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen op de behandeling. Neem hierbij de laatste 12 maanden in gedachten.

**21. Kunt u uw voorkeuren aangeven voor een bepaalde vorm van behandeling?**

- Nee
- Ja

**22. Kunt u kiezen uit verschillende soorten behandelingen?**

- Nee
- Ja

**23. Kunt u kiezen wie uw behandel-  
laar is?**

- Nee
- Ja

**24. Kunt u kiezen op welk tijdstip van de dag de behandeling plaatsvindt?**

- Nee
- Ja

**25. Is er een behandelplan gemaakt?**

- Nee → *ga verder met vraag 29*
- Ja

**26. Kunt u meebeslissen over de inhoud van uw behandelplan?**

- Nee
- Ja

**27. Heeft u ingestemd met uw behandelplan?**

- Nee
- Ja

**28. Is het behandelplan in overleg met u bijgesteld?**

- Nee
- Ja
- Niet van toepassing

### **BEJEGENING**

De volgende vragen gaan over hoe de behandelaar met u omging in de afgelopen 12 maanden.

**29. Had uw behandelaar voldoende tijd voor u?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**30. Luisterde uw behandelaar aandachtig naar u?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**31. Nam de behandelaar u serieus?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**32. Begrijpt uw behandelaar in voldoende mate wat uw klachten zijn?**

- Nee
- Ja



### **VERANDERINGEN IN KLACHTEN EN FUNCTIONEREN**

De volgende vragen gaan over hoe het nu met u gaat in vergelijking met 12 maanden geleden.

**33. Vergeleken met 12 maanden geleden, hoe vindt u dat u nu functioneert?**

- Veel minder goed
- Iets minder goed
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje beter
- Veel beter

**34. Vergeleken met 12 maanden geleden, hoe vindt u dat u nu met uw klachten omgaat?**

- Veel minder goed
- Iets minder goed
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje beter
- Veel beter

**35. Vergeleken met 12 maanden geleden, hoe beoordeelt u nu uw klachten? Het gaat nu:**

- Veel minder goed
- Iets minder goed
- Ongeveer hetzelfde
- Een beetje beter
- Veel beter

**36. Welk cijfer geeft u aan de behandeling? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend**

- 0 heel erg slechte behandeling
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 uitstekende behandeling

### **INFORMATIE-UITWISSELING BEHANDELAARS**

De volgende vragen gaan over de samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Hou hierbij de afgelopen 12 maanden in gedachten.

**37. Krijgt u behalve hulp van uw behandelaar ook nog hulp van een andere zorgverlener (bijvoorbeeld van uw huisarts)?**

- Nee → **ga verder met vraag 44**
- Ja

**38. Heeft uw behandelaar aan u toestemming gevraagd om informatie over u met andere zorgverleners te delen?**

- Nee
- Ja, eenmalig
- Ja, verschillende keren

**39. Moest u aan de andere zorgverlener(s) alles opnieuw vertellen over uw klachten?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**40. Zitten uw behandelaar en de andere zorgverlener(s) op één lijn als het over de beste behandeling voor uw klachten gaat?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

**41. Geeft uw behandelaar u informatie die niet klopt met de informatie van de andere zorgverlener(s)?**

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

42. Wordt uw huisarts geïnformeerd over uw behandeling door uw behandelaar?

- Nee
- Ja
- Weet ik niet

43. Wordt uw behandelaar geïnformeerd over uw lichamelijk functioneren door uw huisarts?

- Nee
- Ja
- Weet ik niet

#### **EVALUATIE EN AFRONDING BEHANDLING**

De volgende vragen gaan over hoe u behandeling tot nu toe is verlopen en over eventuele afronding van uw behandeling.

44. Wanneer is uw meest recente behandeling gestart?

- Kortere dan 1 maand geleden
- 1 tot 3 maanden geleden
- 3 tot 6 maanden geleden
- 6 maanden tot 1 jaar geleden
- 1 tot 2 jaar geleden
- Langer dan 2 jaar geleden

45. Is uw behandeling inmiddels afgerond?

- Nee → *ga verder met vraag 49*
- Ja

46. Is de behandeling naar uw tevredenheid afgerond?

- Nee
- Ja

47. Zijn er afspraken gemaakt over nazorg?

- Nee
- Ja

48. Zijn er afspraken gemaakt over wat u moet doen als uw klachten terugkomen of verergeren?

- Nee
- Ja

49. Is/was de behandeling naar uw mening de juiste aanpak voor uw klachten?

- Nee
- Ja

50. Wordt/werd het behandelplan naar uw wens uitgevoerd?

- Nee
- Ja

51. Zou u deze instelling bij anderen aanbevelen?

- Beslist niet
- Waarschijnlijk niet
- Waarschijnlijk wel
- Beslist wel

#### **OVER UZELF**

Ten slotte nog enkele vragen over **uzelf**.

52. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- Slecht
- Matig
- Goed
- Zeer goed
- Uitstekend

53. Hoe zou u over het algemeen uw psychische gezondheid noemen?

- Slecht
- Matig
- Goed
- Zeer goed
- Uitstekend

**54. Bent u een man of een vrouw?**

- Man
- Vrouw

**55. Wat is uw leeftijd?**

- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 35 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 jaar of ouder

**56. Wat is uw hoogst voltooide op-  
leiding? (een opleiding afgerond  
met een diploma of getuigschrift)**

- Geen opleiding (lager onderwijs niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**57. Heeft u op dit moment een be-  
taalde baan?**

- Nee
- Ja

**58. Wat is het geboorteland van  
uzelf?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**59. Wat is het geboorteland van uw  
vader?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**60. Wat is het geboorteland van uw  
moeder?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**61. In welke taal praat u thuis het meeste?**

- Nederlands
- Fries
- Nederlands dialect
- Anders, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)

**62. Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?**

- Nee → **einde vragenlijst**
- Ja

**63. Hoe heeft die persoon u geholpen? (U mag meer dan één vakje aankruisen)**

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- Heeft de vragen in mijn plaats beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Heeft op een andere manier geholpen, namelijk

---

(a.u.b. in blokletters)