



Universiteit Utrecht

Verandering tijdens de behandeling: vergelijking tussen reguliere- en procesgerichte ROM

Masterthesis Klinische en Gezondheidspsychologie
Universiteit Utrecht & Stichting Centrum '45

Begeleider UU: prof. dr. R. Kleber
Begeleiders Stichting Centrum '45: Dr. N. van der Aa & Dr. T. Mooren

01 juli 2015
M. Koning (3519791)

Masterthesis Collegejaar 2014-2015

Gegevens student

Naam: M.M. Koning
Studentnummer: 3519791
Universiteit: Utrecht
Faculteit: Sociale Wetenschappen
Masterprogramma: Klinische en Gezondheidspsychologie
Datum: 01 juli 2015

Gegevens begeleiders

Naam: Prof. dr. R.J. Kleber
Instelling: Universiteit Utrecht

Naam: Dr. N. van der Aa
Instelling: Stichting Centrum '45
Diemen/ Oegstgeest

Naam: Dr. G.T.M. Mooren
Instelling: Stichting Centrum '45
Diemen/ Oegstgeest

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis, getiteld ‘Verandering tijdens de behandeling: vergelijking tussen reguliere en procesgerichte ROM’. Deze masterthesis is geschreven als onderdeel van mijn masteropleiding Klinische- en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht. Huidig onderzoek is verricht gedurende de periode van oktober 2014 tot en met april 2015 binnen Stichting Centrum ‘45. Stichting Centrum ‘45 vormt een duidelijke brug tussen wetenschap en behandeling. Dit motiveerde mij om op deze plek mijn masterthesis uit te voeren, aldaar mijn bevindingen direct kunnen worden teruggekoppeld naar de praktijk. Mijn dank gaat uit naar mijn begeleiders vanuit Stichting Centrum ‘45 Trudy Mooren en Niels van der Aa. Deze masterthesis zou niet tot stand zijn gekomen zonder hun veelvuldige feedback, begeleiding en Niels zijn geduldige uitleg omtrent analyses. Daarnaast wil ik Rolf Kleber bedanken voor de begeleiding vanuit Universiteit Utrecht. Ten slotte wil ik Michael Lans en Lara Drozdek, mijn medestagiaires bij Stichting Centrum ‘45, bedanken voor de dagelijkse gezelligheid.

Abstract

In huidig onderzoek wordt onderzocht of de procesgerichte ROM (algeheel welbevinden) aansluit bij het beeld dat de reguliere ROM (PTSS, angst en depressie) laat zien bij meervoudig getraumatiseerde cliënten. Daarnaast wordt nagegaan of behandelvoortgang op algeheel welbevinden tijdens de eerste paar sessies van de behandeling indicatief is voor de behandelvoortgang tijdens de gehele behandeling. 122 cliënten evalueerden hun algeheel welbevinden op de ORS en hun klachtenniveau van PTSS op de HTQ en/of de PCL-5. Daarnaast evalueerden 133 cliënten hun algeheel welbevinden op de ORS en angst en depressie op de BSI en/of de HSCL-25. Vervolgens werden 101 cliënten geïncludeerd die hun algeheel welbevinden gedurende de gehele behandeling evalueerden. De toestand van de cliënt op de procesgerichte ROM blijkt aan te sluiten bij het beeld dat de reguliere ROM laat zien. De behandelvoortgang op de tussenmetingen blijken ten opzichte van de beginmetingen meer indicatief voor de behandelvoortgang op algeheel welbevinden gedurende het gehele behandeltraject. Het implementeren van procesgerichte ROM zal een systematischer beeld scheppen van de behandelvoortgang en dientengevolge de behandel-effectiviteit vergroten. Uit replicaties van huidige studie zal moeten blijken of de bevindingen stabiel zijn over tijd en andere steekproeven

The primary aim of this study was to determine whether evaluations on the process oriented ROM (well-being) are related to the regular ROM (PTSD, anxiety and depression). The second part of this study examined whether evaluations of well-being on the first couple of sessions predicts change in well-being during the overall treatment. 122 patients of Foundation Centrum '45 evaluated their state of well-being by completing the ORS and PTSD by completing the HTQ and/or the HSCL-25. Furthermore, 133 patients evaluated their state of well-being by completing the ORS and anxiety and depression by completing the BSI and/or the HSCL-25. 101 patients evaluated their well-being during the overall treatment.

The results suggest that the process oriented ROM is related to the regular ROM. Furthermore, the in between measurements appeared to be more indicative for the change in well-being during the overall treatment. The results of this study underline the importance of implementing process oriented ROM. Replications of the current research would have to show if these findings are stable over time.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Samenvatting.....	4
Inhoudsopgave.....	5
Inleiding	6
Methode.....	9
Resultaten.....	16
Discussie.....	21
Referenties.....	26

Inleiding

Binnen de Nederlandse instellingen voor geestelijke gezondheidszorg is de systematische evaluatie van het behandelverloop sterk in opkomst. Onder druk van verzekeraars en de overheid zijn GGZ-instellingen in toenemende mate verplicht tot de afname van de zogeheten *Routine Outcome Monitoring* (ROM). ROM is het structureel en herhaaldelijk meten van de toestand van de cliënt met behulp van meetinstrumenten (de Jong & van 't Spijker, 2013). Er zijn verscheidene functies te onderscheiden van ROM. ROM informeert allereerst behandelaar en cliënt over de toestand van de cliënt gedurende het behandeltraject. Door verschillende metingen met elkaar te vergelijken kan worden vastgesteld of de toestand van de cliënt verandert. ROM fungeert dan als evaluatiemiddel om de voortgang van cliënten te monitoren tijdens de behandeling. De uitkomsten van deze meetinstrumenten kunnen gebruikt worden als input in de behandeling en aanleiding geven tot het stellen van nieuwe doelen in de behandeling, of het bijsturen van de ingezette lijn (Crouzen, 2010). ROM kan dientengevolge leiden tot minder drop-out, de mogelijkheid tot afstemmen van behandelduur en frequentie en een hogere gemiddelde effectgrootte (Anker, Duncan & Sparks, 2009). Vervolgens kunnen de gegroepede gegevens van ROM gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek. Onderzoek met ROM is veelal gericht op effectiviteit van behandelingen, zoals die in de alledaagse klinische praktijk plaatsvinden. Ten slotte wordt ROM binnen de GGZ-instellingen gebruikt om verantwoording af te leggen aan betrokken partijen, zoals cliënten, overheid, maatschappij, verzekeraars en andere belanghebbenden (de Beurs, et al., 2011). In huidig onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen reguliere ROM-metingen die halfjaarlijks plaatsvinden en procesgerichte ROM-metingen, waarbij de metingen systematisch plaatsvinden tijdens elke behandelsessie. De reguliere ROM-metingen zijn gedetailleerde momentopnamen op het gebied van klachten en symptomen. De procesgerichte ROM-metingen scheppen een structureel, maar een meer algemeen beeld van de toestand van de cliënt.

Doordat procesgerichte ROM een systematisch beeld geeft van het behandelverloop sluit het wellicht aan bij het beeld dat de reguliere ROM laat zien. In huidig onderzoek wordt onderzocht of de procesgerichte ROM aansluit bij de bevindingen in de reguliere ROM, binnen een onderzoekspopulatie die na meervoudige traumatische gebeurtenissen ernstige klachten heeft ontwikkeld. Voor zover de auteur weet, is er binnen deze onderzoekspopulatie

nog geen eerder onderzoek gedaan naar de systematische monitoring van het behandelingsucces, de bevindingen zullen dan ook klinische relevantie hebben voor de dagelijkse praktijk. Er wordt gesproken van een traumatische gebeurtenis, wanneer betrokkene is blootgesteld aan, getuige is geweest van, of werd geconfronteerd met één of meerdere gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld met zich mee bracht (APA, 2013). De diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS) wordt gesteld wanneer er sprake is van herbelevingen, vermijding, negatieve veranderingen in stemming en cognities en veranderingen in prikkelbaarheid en reactiviteit en deze klachten langer dan een maand het dagelijks leven ontregelen (APA, 2013). Ruim zeven procent van de Nederlandse bevolking ontwikkelt na het meemaken van een traumatische gebeurtenis PTSS (de Vries & Olf, 2009).

In het huidig onderzoek wordt het algeheel welbevinden van de cliënt meegenomen als procesgerichte ROM en het klachtenniveau op PTSS en symptomen van angst en depressie als indicatoren voor behandelingsucces op de reguliere ROM. Uit verscheidene onderzoeken blijkt een verband tussen het algeheel welbevinden en het klachtenniveau op PTSS (Frueh, Turner, Beidel & Cahill, 2001; Högberg et al., 2008; Kashdan, Julian, Merrit & Uswatte, 2006). Frueh, Turner, Beidel en Cahill (2001) tonen het verband aan tussen PTSS en verminderd algeheel welbevinden (op de *Quality of life Questionnaire*, Evans & Cope, 1989) bij veteranen. Uit onderzoek van Högberg en anderen (2008) blijkt daarnaast dat het algeheel welbevinden van de cliënt samenhangt met de afname van PTSS-klachten, zowel bij aanvang van de behandeling als enkele maanden daarna. Cliënten blijken na afsluiten van de behandeling en bij follow-up metingen een hoger algeheel welbevinden te ervaren en een lager klachtenniveau van PTSS dan bij aanvang van de behandeling. Uit verscheidene onderzoeken blijkt vervolgens een verband tussen het algeheel welbevinden en symptomen van psychopathologie (Keyes, Dhingra & Simoes, 2010; Lamers, Bolier, Westerhof, Smit & Bohlmeijer, 2012; Wood & Joseph, 2009). Een lager algeheel welbevinden lijkt in verband te staan met meer symptomen van angst en depressie. Uit het onderzoek van Wood en Joseph (2009) blijkt dat een laag algeheel welbevinden een aanzienlijk risico vormt voor de ontwikkeling van een depressie. Daarnaast toont de longitudinale studie van Keyes, Dhingra en Simoes (2010) dat de mate van algeheel welbevinden in verband staat met de kans op het ontwikkelen van een depressieve stoornis, paniekstoornissen en gegeneraliseerde angststoornissen tien jaar later. Op grond van de literatuur is het aannemelijk dat de procesgerichte ROM aansluit bij het beeld dat de reguliere ROM van de toestand van de cliënt

weergeeft. Consistent met de bovenstaande literatuur kunnen de eerste twee onderzoeksvragen als volgt worden geformuleerd:

1. Hangt een toename in algeheel welbevinden samen met een afname van het klachtenniveau van PTSS bij meervoudig getraumatiseerde cliënten?
2. Hangt een toename in algeheel welbevinden samen met een afname van de symptomen van angst en depressie bij meervoudig getraumatiseerde cliënten?

Daarnaast wordt nagegaan of de behandelvoortgang op algeheel welbevinden tijdens de eerste paar sessies indicatief is voor de gehele behandelvoortgang bij meervoudig getraumatiseerde cliënten. Mogelijk is er binnen deze onderzoekspopulatie een langere periode nodig om de effectiviteit van de totale behandeling te kunnen voorspellen. Huidig onderzoek toetst daarmee de houdbaarheid van de bevindingen van Brown, Dreis en Nace (1999). Brown en anderen (1999) expliciteren dat vooruitgang veelal vroeg in het behandeltraject geboekt wordt. Wanneer er in de beleving van de cliënt geen progressie plaatsvindt in de eerste paar sessies, nemen de kansen op positieve behandeluitkomsten af. Het drop-outcijfer bij cliënten die achteruit waren gegaan bij de derde sessie blijkt dan ook twee keer zo hoog als bij cliënten die wel verbetering toonden (Brown, et al., 1999). De eerste paar sessies lijken dus cruciaal voor het verdere behandelverloop (Miller, Duncan, Brown, Sorrell & Chalk, 2006). Cliënten waarbij sprake is van meervoudige traumatisering lijken echter een afwijkend behandelingsverloop te vertonen (Vermetten, Kleber, van der Hart, 2012). Er lijkt sprake van een trend tot het behouden van chronische gezondheidsproblemen, ondanks intensieve behandeling (Boehnlein, Kinzie, Sekiya & Riley, 2004; Carlsson, Olsen, Kastrup & Mortensen, 2010). Het is dan ook van belang om binnen deze onderzoekspopulatie te onderzoeken of de behandelvoortgang tijdens de eerste sessies indicatief is voor de gehele behandelvoortgang of dat een langere periode nodig is om de effectiviteit van de totale behandeling te kunnen voorspellen. Mogelijk is er wel degelijk sprake van een cruciale periode, maar manifesteert deze zich pas later in het behandeltraject door de complexiteit aan psychopathologie bij de huidige onderzoekspopulatie. Op basis van bovenstaande onderzoeken kan de derde onderzoeksvraag als volgt worden geformuleerd:

3. Is de behandelvoortgang tijdens de eerste paar sessies van de behandeling indicatief voor de behandelvoortgang gedurende het gehele behandeltraject op het gebied van algeheel welbevinden?

Methode

Respondenten

Aan huidig onderzoek hebben cliënten deelgenomen die in behandeling zijn of zijn geweest bij Stichting Centrum '45. Dit zijn cliënten die psychotraumaklachten ontwikkeld hebben door vervolging, oorlog en/of geweld. Het betreft getroffenen van de tweede wereldoorlog en hun kinderen (naoorlogse generatie), veteranen, asielzoekers, vluchtelingen en/of mensen die beroepsmatig getraumatiseerd zijn geraakt. Uit de verzamelde data is per hypothese een selectie gemaakt van cliënten die zijn meegenomen in de analyses, gebaseerd op inclusiecriteria. Aangezien alle cliënten in behandeling waren bij Stichting Centrum '45 en zowel de reguliere- als de procesgerichte ROM bij hen zijn afgenomen, zullen de onderzoeksgroepen deels overlappen.

Voor de eerste hypothese (gericht op PTSS klachten) golden de volgende inclusiecriteria. Het eerste inclusie criterium hield in dat de cliënten tweemaal de HTQ en/of de PCL-5 van de reguliere ROM hadden ingevuld. De reguliere ROM werd in tijd gekoppeld aan de procesgerichte ROM. Het tweede inclusie criterium hield in dat rondom dezelfde tijdsperiode gegevens beschikbaar waren van zowel de reguliere ROM als de procesgerichte ROM. In huidig onderzoek voldeden 122 cliënten aan beide inclusiecriteria, de overige 111 cliënten werden geëxcludeerd. Van de 122 cliënten waren er 87 in behandeling en 35 cliënten hadden hun behandeling reeds afgesloten. Cliënten waren tussen de 22 en 73 jaar oud (man: $M=49.35$, $SD=9.73$, vrouw: $M=51.22$, $SD=9.92$) (Tabel 1).

Tabel 1. Achtergrondinformatie cliënten reguliere ROM PTSS.

Sekse	N	M	SD	Min	Max
Man	79	49.35	9.73	29.46	73.78
Vrouw	43	51.22	9.92	22.67	73.80
Totaal	122	50.01	9.80	22.67	73.80

Voor de tweede hypothese (gericht op angst en depressie) golden de volgende inclusiecriteria. Het eerste inclusie criterium hield in dat de cliënten minstens tweemaal de BSI en/of de HSCL-25 van de reguliere ROM hebben ingevuld. De reguliere ROM werd in tijd gekoppeld aan de procesgerichte ROM. Het tweede inclusie criterium hield in dat rondom dezelfde

tijdperiode gegevens beschikbaar waren van zowel de reguliere ROM als de procesgerichte ROM. In huidig onderzoek voldeden 133 cliënten aan beide inclusiecriteria, de overige 103 cliënten werden geëxcludeerd. Van de 133 cliënten waren er 96 in behandeling en 37 cliënten hadden hun behandeling reeds afgesloten. Cliënten waren tussen de 22 en 74 jaar oud (man: $M=48.76$, $SD=10.02$, vrouw: $M=51.16$, $SD=9.80$) (Tabel 2).

Tabel 2. Achtergrondinformatie cliënten reguliere ROM angst en depressie.

Sekse	N	M	SD	Min	Max
Man	87	48.76	10.02	22.00	73.78
Vrouw	46	51.16	9.80	22.67	73.80
Totaal	133	49.59	9.97	22.00	73.80

Voor de laatste hypothese golden de volgende inclusiecriteria. Cliënten zijn enkel meegenomen in de analyses mits er gedurende de gehele behandeling de procesgerichte ROM was afgenomen. Dit betroffen de cliënten die hun behandeling zijn gestart na één maart 2013. In huidig onderzoek voldeden 101 cliënten aan deze inclusiecriteria, de overige 135 cliënten werden geëxcludeerd. Van de 101 cliënten waren er 69 in behandeling en 32 cliënten hadden hun behandeling reeds afgesloten. Cliënten waren tussen de 22 en 73 jaar oud (man: $M=48.76$, $SD=10.02$, vrouw: $M=51.16$, $SD=9.80$) (Tabel 3).

Tabel 3. Achtergrondinformatie cliënten procesgerichte ROM algeheel welbevinden.

Sekse	N	M	SD	Min	Max
Man	87	46.77	10.86	22.00	73.78
Vrouw	46	50.05	10.14	22.67	73.80
Totaal	101	47.81	10.70	22.00	73.80

Meetinstrumenten

Algeheel welbevinden wordt gemeten door de procesgerichte ROM-metingen op de *Outcome Rating Scale* (ORS) (Miller, Duncan, Johnson, 2000). De ORS is ontwikkeld als alternatief voor de *Outcome Questionnaire 45* (OQ-45), om het (on)welbevinden van de cliënt in kaart te brengen. De ORS bestaat uit vier visuele analoge schalen. De eerste drie subschalen hebben betrekking op specifieke aspecten van het welbevinden van de cliënt, respectievelijk individueel (persoonlijk welbevinden), relationeel (familie, intieme vrienden) en sociaal (werk, opleiding, sociale contacten). De vierde subschaal richt zich op het algeheel welbevinden van de cliënt. De cliënten dienen een kruisje te zetten op een lijn van exact tien centimeter om hun (on)welbevinden over de afgelopen week aan te geven. De scores worden bepaald door de afstand vanaf de linkerkant van het lijnstuk tot het kruisje te meten, tot op de millimeter nauwkeurig. Vervolgens worden deze vier scores opgeteld tot een totaalscore (0-40) van het algeheel welbevinden van de cliënt. De categorieën verslechterd, onveranderd en verbeterd die gehanteerd worden bij analyses zijn gebaseerd op het criterium van betrouwbare verandering. Miller en Duncan (2004) hanteren een verschil van vijf punten als een schatting voor een klinisch betrouwbare verandering op de procesgerichte ROM. Een cliënt is verbeterd op algeheel welbevinden als zijn score op de eindmeting vijf punten hoger ligt dan op de beginmeting. Er is sprake van geen betrouwbare verandering wanneer de cliënt tussen begin- en eindmeting minder dan vijf punten verbeterd of verslechterd. Een cliënt is verslechterd wanneer de score op de eindmeting vijf punten lager ligt dan op de beginmeting. De interne consistentie van de ORS is zowel in de originele als in de vertaalde versies adequaat bevonden (Hafkenscheid, Duncan & Miller, 2010). Hafkenscheid, Duncan & Miller (2010) stelden de betrouwbaarheid van de ORS vast op $\alpha = .88$. De validiteit is voor zowel de originele als de vertaalde versies van de ORS ietwat beperkter, maar van een respectabel niveau (Hafkenscheid, Duncan & Miller, 2010).

PTSS wordt gemeten door de reguliere ROM-metingen op de *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ) (Mollica, et al., 1992), en/ of de *PTSD Checklist for DSM-5* (PCL-5) (Weathers, et al., 2013). De HTQ is een reguliere zelfbeoordelingsvragenlijst om trauma en traumagerelateerde symptomen te meten. Aan de hand van zestien vragen worden PTSS-symptomen uitgevraagd, gebaseerd op de DSM-IV criteria. Zodoende kan worden geïnventariseerd in welke mate de cliënt in afgelopen week last heeft gehad van de PTSS-symptomen. De HTQ resulteert in een score op een schaal van één tot vier, waarbij één staat voor geen last en vier staat voor zeer

veel last. Een hoge score impliceert een hoog klachtenniveau op PTSS. Molica en anderen (1999) stellen de betrouwbaarheid van de HTQ vast op $\alpha = .89$. De PCL-5 is een reguliere zelfbeoordelingsvragenlijst waarbij aan de hand van twintig vragen PTSS-symptomen worden uitgevraagd, gebaseerd op de DSM-5 criteria. De vragenlijst omvat vijf schalen, waarvan één PTSS-totaalscore en vier scores die gebaseerd zijn op de DSM-5 symptoomclusters van PTSS: herbelevingen, vermijding, negatieve cognities en stemming en *arousal*. De PCL-5 wordt gebruikt om een indruk te krijgen van de aard en de ernst van PTSS-symptomen en fungeert daarbij tevens als evaluatietool om het behandelverloop op het gebied van PTSS te monitoren. De cliënten dienen hun klachten op het gebied van PTSS over de afgelopen maand aan te geven. De PCL-5 hanteert een vierpuntschaal waarbij één staat voor helemaal niet en vier staat voor extreem veel last. Een hoge score impliceert dus een hoog klachtenniveau op PTSS.

Om de steekproefgrootte zo groot mogelijk te houden is er in huidig onderzoek voor gekozen om de uitkomsten op de HTQ en PCL-5 te middelen tot één totaalscore van PTSS. Dit valt te rechtvaardigen omdat de HTQ en de PCL-5 min of meer dezelfde schalen hanteren, beide instrumenten lijken op itemniveau dan ook op elkaar. De scores op de HTQ en de PCL-5 zijn gecombineerd door de totaalschaal van beide instrumenten te hercoderen naar een schaal die loopt van nul tot 100. Hoge scores impliceren een hoog klachtenniveau op het gebied van PTSS.

Angst en depressie worden gemeten door de reguliere ROM-metingen op de *Hopkins Symptom CheckList-25* (HSCL-25) (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Covi, 1974) en/ of de Brief Symptom Inventory (BSI) (de Beurs, et al. 2006). De BSI is een zelfrapportagelijst waarmee verschillende symptomen van psychopathologie kunnen worden gemeten. Het geeft een globale indruk van de aard en ernst van de klachten van de cliënt. De lijst bestaat uit 53 vragen en negen verschillende dimensies van psychopathologie. De cliënten dienen aan te geven in welke mate men in de afgelopen week last heeft gehad van psychische en somatische klachten. De schalen van angst en depressie zijn meegenomen in de huidige analyses. De BSI hanteert een vijfpuntschaal waarbij nul staat voor geen last van de klacht en vier voor heel erg last van de klacht. De Beurs & Zitman (2006) stellen de betrouwbaarheid van de BSI vast op $\alpha = .96$. De HSCL-25 is een zelfbeoordelingsvragenlijst waarbij aan de hand van 25 items depressieve- en angstgerelateerde klachten worden uitgevraagd, waarvan de cliënt in de afgelopen week last van heeft gehad. De vragenlijst kan als geheel een maat vormen voor de mate van emotionele distress of als twee subschalen worden gezien, waarvan

één voor depressie (vijftien items) en één voor angst (tien items) (Jakobsen, Thoresen & Johansen, 2011). In huidig onderzoek worden de twee subschalen tezamen genomen. De HSCL-25 hanteert een vierpuntschaal waarbij één staat voor geen last en vier staat voor zeer veel last. Een hoge score impliceert een hoog klachtenniveau op angst en depressie. De betrouwbaarheid van de vragenlijst in zijn geheel is vastgesteld op $\alpha = .95$, de angst-subschaal op $\alpha = .92$ en de depressie-subschaal op $\alpha = .92$ (Jakobsen, et al., 2011).

Om de steekproefgrootte zo groot mogelijk te houden is er in huidig onderzoek voor gekozen om de schalen op angst en depressie te middelen tot één totaalscore van angst en depressie. Het middelen van de schalen angst en depressie is te rechtvaardigen omdat in klinisch opzicht angst en depressie nauw met elkaar verbonden zijn, er is veelal sprake van comorbiditeit. Prins en Braet (2014) constateren dat de comorbiditeit tussen angst en depressie varieert van 50 tot 75%. De scores met betrekking tot angst en depressie op de BSI en HSCL-25 zijn gecombineerd door de totaalschaal van de HSCL-25 en de gemiddelde itemscore op de schalen angst en depressie van de BSI te hercoderen naar een schaal die loopt van nul tot 100. Dit valt te rechtvaardigen omdat beide instrumenten op itemniveau veel op elkaar lijken. Hoge scores impliceren een hoog klachtenniveau op het gebied van angst en depressie.

De categorieën verslechterd, onveranderd en verbeterd die gehanteerd worden bij analyses zijn gebaseerd op het criterium van betrouwbare verandering. Voor het middelen van de schalen op de reguliere ROM wordt een vuistregel van vijftien procent verandering gehanteerd voor het criterium van betrouwbare verandering. Een cliënt is verbeterd op algeheel welbevinden als zijn score op de eindmeting vijftien procent hoger ligt dan op de beginmeting. Er is sprake van geen betrouwbare verandering wanneer de cliënt tussen begin- en eindmeting minder dan vijftien procent verbeterd of verslechterd. Een cliënt is verslechterd wanneer de score op de eindmeting vijftien procent lager ligt dan op de beginmeting.

Procedure

Sinds januari 2013 wordt binnen Stichting Centrum '45 halfjaarlijks de reguliere ROM afgenomen, voorheen werd dit één keer per jaar gedaan. Door middel van de reguliere ROM is het mogelijk om symptoomprofielen en het therapie-effect op het gebied van psychische klachten, kwaliteit van leven, sociaal en maatschappelijk functioneren en cliënttevredenheid in kaart te brengen, op basis van een achttal vragenlijsten. Behandelaren nodigden cliënten uit om mee te werken aan de reguliere ROM. Aan het begin van de behandeling ondertekenen de

cliënten een toestemmingsformulier, waarin staat dat in het kader van de behandeling regelmatig vragenlijsten zullen worden afgenomen en dat deze gegevens vertrouwelijk behandeld zullen worden. Gedurende de periode tussen januari 2013 en heden zijn bij de cliënten tussen de nul en drie reguliere ROM afgenomen, met een gemiddelde van 1.72 metingen (SD=.96). Daarnaast wordt binnen Stichting Centrum '45 sinds maart 2013 de procesgerichte ROM afgenomen. In tegenstelling tot de reguliere ROM inventariseert het procesgerichte ROM-instrument tijdens elke sessie het door de cliënt ervaren algeheel welbevinden. Daarmee voorziet het procesgerichte ROM-instrument de behandelaar systematisch van feedback en geven de verzamelde gegevens een systematisch beeld van het behandelverloop. De ORS is afgenomen binnen de polikliniek en de dagkliniek. Binnen de polikliniek is de ORS bij aanvang van elke sessie afgenomen. Binnen de dagkliniek is de ORS bij de dagopening afgenomen. Het verschil in afname komt omdat de polikliniek één enkele sessie beslaat en de dagkliniek uit verschillende behandelonderdelen. Gedurende de periode tussen maart 2013 en heden zijn er bij de cliënten tussen de vier en 63 procesgerichte ROM afgenomen, met een gemiddelde van 28.13 metingen (SD=13.90).

Design

Om te toetsen of de procesgerichte ROM aansluit bij het beeld dat de reguliere ROM laat zien wordt gebruik gemaakt van een *Repeated Measures ANOVA*. Hierbij wordt gekeken naar het verloop over tijd van de procesgerichte ROM (algeheel welbevinden), waarbij de begin- en de eindmeting op de ORS worden vergeleken. De totaalscore op de ORS wordt gezien als de afhankelijke variabele en de variabele tijd als de onafhankelijke variabele. Vervolgens wordt het verloop over tijd op de reguliere ROM (PTSS en angst en depressie) nader bekeken met *Repeated Measures ANOVA*. Hierbij worden de begin- en eindmeting vergeleken. De totaalscores op PTSS, angst en depressie worden gezien als de afhankelijke variabele en de variabele tijd als de onafhankelijke variabele. Vervolgens worden effectgroottes vergeleken om na te gaan of de verandering over tijd op de procesgerichte ROM en de reguliere ROM overeenkomen. Om na te gaan of het type verandering op de procesgerichte ROM aansluit bij het type verandering op de reguliere ROM, zijn twee Chi-kwadraat toetsen uitgevoerd. Eén van de aannames van de Chi-kwadraat toets is dat de verwachte frequentie in elke cel groter dan vijf is, $(E) > 5$. Wanneer uit de kruistabel blijkt dat cellen deze assumptie geschonden hebben, wordt hiervoor gecorrigeerd met de Fisher's Exact Toets. De categorieën verslechterd, onveranderd en verbeterd die gehanteerd worden bij de

Chi-kwadraat toets zijn gebaseerd op het criterium van betrouwbare verandering. Middels de gestandaardiseerde residuen wordt het geobserveerde aantal cliënten in een cel vergeleken met het verwachte aantal cliënten om te bepalen of de variabelen systematisch aan elkaar gerelateerd zijn. Uit de gestandaardiseerde residuen van de kruistabel zal blijken welke cel méér cliënten ($z > 1.96$) bevat dan op basis van toeval verwacht mag worden en welke cel minder cliënten ($z > -1.96$) dan verwacht.

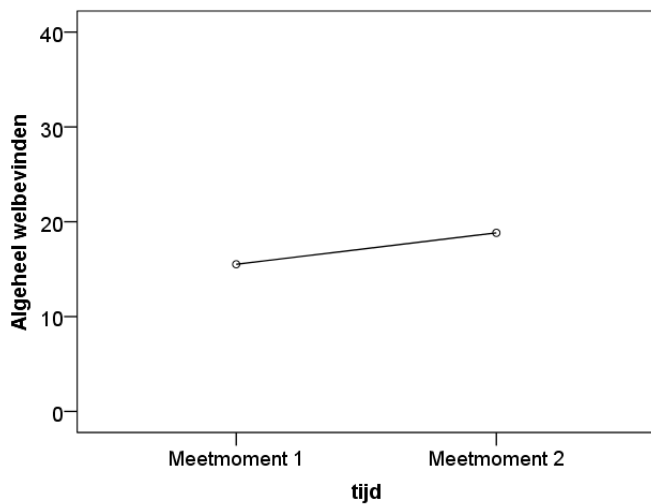
Om de derde hypothese te toetsen wordt met een zestal Chi-kwadraat toetsen nagegaan of de vooruitgang tijdens de eerste paar sessies indicatief is voor de verandering tijdens de gehele periode of dat de tussenmetingen meer indicatief zijn voor de verandering op algeheel welbevinden. Op basis van het criterium voor betrouwbare verandering zijn de cliënten ingedeeld in verslechterd, onveranderd of verbeterd. De verandering in algeheel welbevinden op de beginmeting maand één werd vergeleken met de verandering in algeheel welbevinden tussen de begin- en eindmeting. Vervolgens werd telkens de verandering in algeheel welbevinden tussen de begin- en tussenmeting (respectievelijk één, twee, drie, vier, vijf of zes maanden na de eerste ORS-meting) vergeleken met de verandering in algeheel welbevinden tussen de begin- en eindmeting. Uit de kruistabellen zal blijken of het type verandering op de eerste paar sessies het meest indicatief zijn voor het type verandering tijdens de gehele behandeling, of dat het type verandering op de tussenmetingen beter aansluiten.

Resultaten

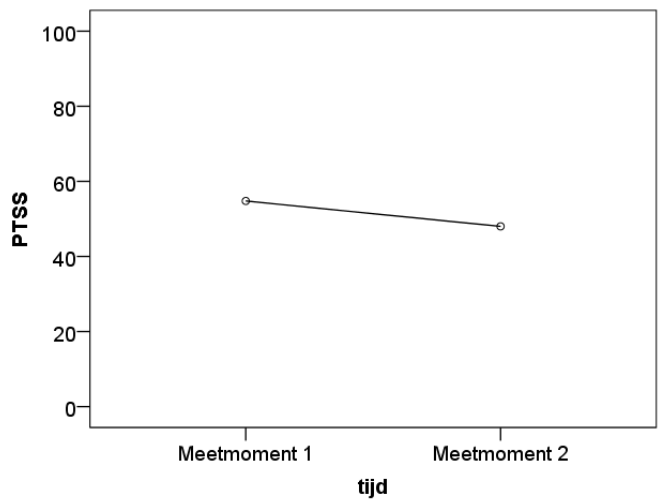
1 & 2. Vergelijking procesgerichte- en reguliere ROM

In het eerste gedeelte van huidig onderzoek is onderzocht of de procesgerichte ROM (algeheel welbevinden) aansluit bij het beeld dat de reguliere ROM weergeeft (PTSS en angst en depressie) middels een *Repeated Measures ANOVA*. Er is gekeken naar de verandering in het algeheel welbevinden gedurende de behandeling. In figuur 1 is te zien dat het algeheel welbevinden tijdens de behandeling gemiddeld steeg van 15.51 (SD=7.75) op de beginmeting naar 18.83 (SD=10.99) op de eindmeting. Het algeheel welbevinden van de cliënten blijkt significant toe te nemen over tijd, $F(1, 132) = 24.65$, $p < .001$. Dit betekent dat de cliënten op de eindmeting een significant hoger algeheel welbevinden ervaren dan op de beginmeting. De effectgrootte ($\eta^2 = .157$) geeft aan dat de verandering op de procesgerichte ROM gedurende de behandeling klein is (Cohen, 1969, in Richardson, 2011).

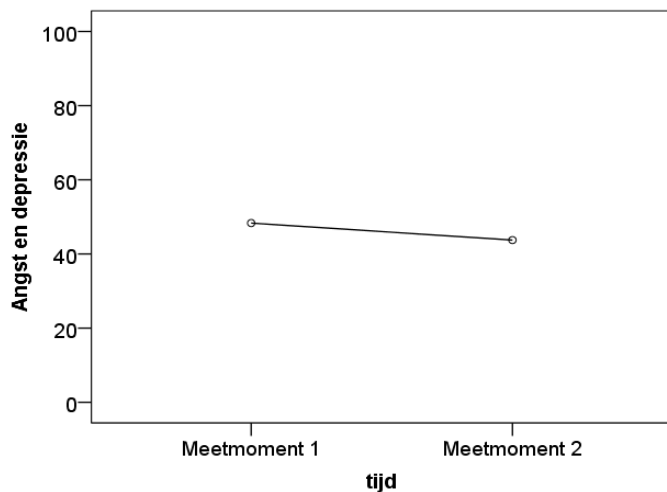
Vervolgens is gekeken naar de verandering op de reguliere ROM gedurende de behandeling. Uit figuur 2 valt af te lezen dat de symptomen van PTSS gemiddeld daalden van 54.77 (SD=23.22) op de beginmeting naar 48.00 (SD=25.31) op de eindmeting (figuur 2). De PTSS-symptomen blijken significant af te nemen over tijd, $F(1, 121) = 18.59$, $p < .001$. Dit betekent dat de cliënten op de eindmeting significant minder PTSS-klachten ervaren dan op de beginmeting. In figuur 3 is te zien dat de symptomen van angst en depressie van cliënten gemiddeld daalden van 48.33 (SD=23.08) op de beginmeting naar 43.75 (SD=24.99) op de eindmeting. De symptomen van angst en depressie blijken significant af te nemen over tijd, $F(1,132) = 7.45$, $p < .05$. Dit betekent dat de cliënten op de eindmeting minder symptomen van angst en depressie hebben dan op de beginmeting. De effectgrootte geeft aan dat de verandering op de reguliere ROM (PTSS: $\eta^2 = .16$, angst en depressie: $\eta^2 = .053$) gedurende de behandeling klein is (Cohen, 1969, in Richardson, 2011).



Figuur 1. Verloop van algemeen welbevinden over tijd.



Figuur 2. Verloop van PTSS over tijd.



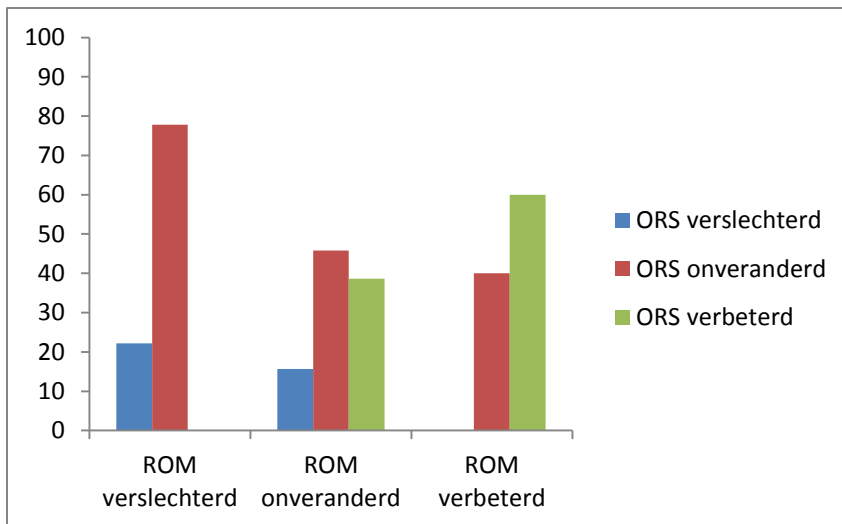
Figuur 3. Verloop van angst en depressie over tijd.

Uit de *Repeated Measures ANOVAS* blijkt dat tijd een klein effect heeft op zowel de procesgerichte ROM (algemeen welbevinden) als op de reguliere ROM (PTSS en angst en depressie). Aangezien de effectgroottes overeen komen kan geconcludeerd worden dat de bevindingen voortkomend uit de procesgerichte ROM in lijn liggen met het gemiddelde behandel-effect op de reguliere ROM (zie figuur 1, 2 en 3).

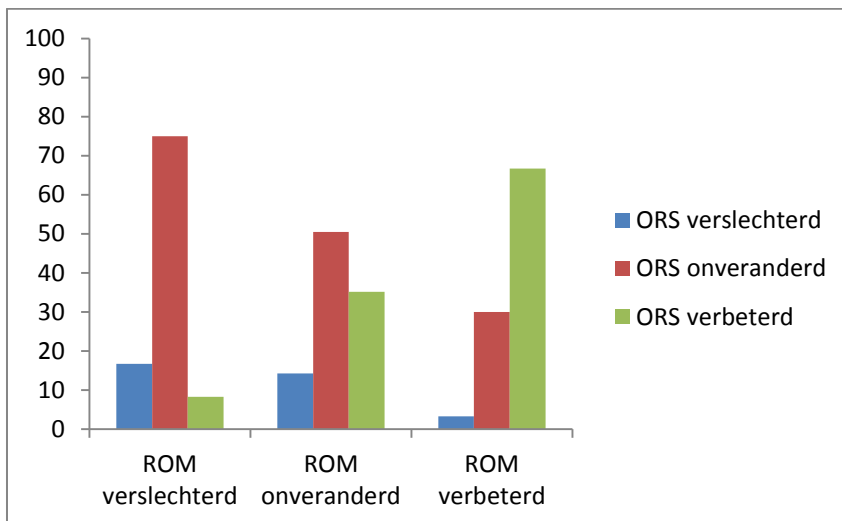
In het tweede gedeelte van huidig onderzoek is middels twee Chi-kwadraat toetsen onderzocht of het aantal cliënten dat op de procesgerichte ROM een bepaalde verandering heeft doorgemaakt, aansluit bij het aantal cliënten dat op de reguliere ROM eenzelfde verandering heeft doorgemaakt.

De p-waarde ($p=.002$) van de eerste *Fisher's Exact Toets* blijkt significant ($p<.05$.) Dit betekent dat het type verandering (verslechterd, onveranderd of verbeterd) op de procesgerichte ROM (algeheel welbevinden) samenhangt met het type verandering op de reguliere ROM (PTSS). In Figuur 4 is het type verandering (verslechterd, onveranderd of verbeterd) op het gebied van PTSS afgezet tegen het type verandering op het gebied van algeheel welbevinden (verslechterd, onveranderd of verbeterd). Te zien is dat 22.2% van de cliënten die op het gebied van PTSS een verslechtering rapporteren tevens een verslechtering rapporteren op het gebied van algeheel welbevinden. Dit is niet significant hoger ($z=.8$) dan op basis van toeval verwacht kan worden. Daarnaast blijkt dat 45.8% van de cliënten die op het gebied van PTSS onveranderd rapporteren tevens onveranderd rapporteren op het gebied van algeheel welbevinden. Dit is niet significant lager ($z=-.1$) dan op basis van toeval verwacht kan worden. Ten slotte blijkt dat 60.0% van de cliënten die een verbetering rapporteren op het gebied van PTSS tevens een verbetering rapporteren op het gebied van algeheel welbevinden. Dit is niet significant hoger ($z=1.6$) dan op basis van toeval verwacht kan worden.

De p-waarde ($p=.003$) van de tweede *Fisher's Exact Toets* blijkt tevens significant ($p<.05$.) Dit betekent dat het type verandering (verslechterd, onveranderd of verbeterd) op de procesgerichte ROM (algeheel welbevinden) samenhangt met het type verandering op de reguliere ROM (angst en depressie). In Figuur 5 is het type verandering (verslechterd, onveranderd of verbeterd) op het gebied van angst en depressie afgezet tegen het type verandering op het gebied van algeheel welbevinden. Te zien is dat 16.7% van de cliënten die op het gebied van angst en depressie een verslechtering rapporteren tevens een verslechtering rapporteren op het gebied van algeheel welbevinden. Dit is niet significant hoger ($z=.5$) dan op basis van toeval verwacht kan worden. Daarnaast blijkt dat 50.5% van de cliënten die op het gebied van angst en depressie onveranderd rapporteren tevens onveranderd rapporteren op het gebied van algeheel welbevinden. Dit is niet significant hoger ($z=.3$) dan op basis van toeval verwacht kan worden. Ten slotte blijkt dat 66.7% van de cliënten die een verbetering rapporteren op het gebied van angst en depressie tevens een verbetering rapporteren op het gebied van algeheel welbevinden. Dit is significant hoger ($z=2.3$) dan op basis van toeval verwacht kan worden.



Figuur 4. Type verandering op algeheel welbevinden t.o.v. type verandering op PTSS.

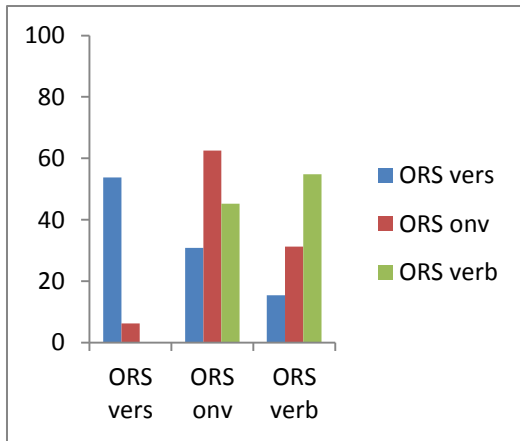


Figuur 5. Type verandering op algeheel welbevinden t.o.v. type verandering op angst en depressie.

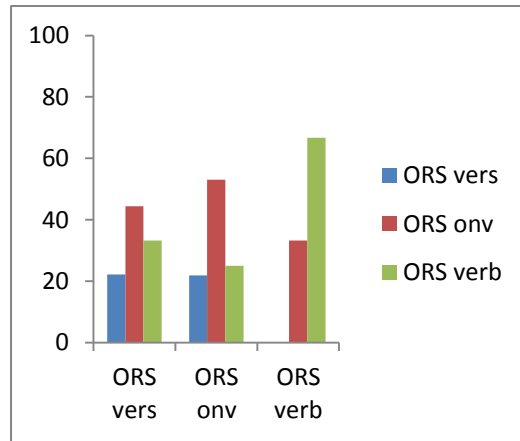
Op basis van de Chi-kwadraat toetsen kan geconcludeerd worden dat het aantal cliënten dat op de procesgerichte ROM een bepaalde verandering heeft doorgemaakt aansluit bij het aantal cliënten dat op de reguliere ROM dezelfde verandering heeft doorgemaakt. Dit impliceert dat de procesgerichte ROM aansluit bij het beeld dat de reguliere ROM van de toestand van de cliënt weergeeft.

3. Invloed algeheel welbevinden eerste periode op eindmeting

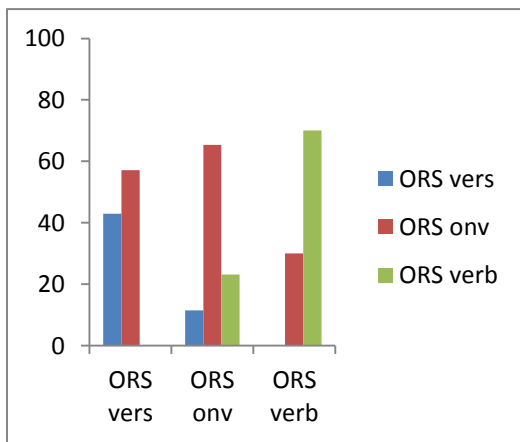
In het derde gedeelte van huidig onderzoek is met behulp van Chi-kwadraat toetsen onderzocht of het al dan niet bereiken van een bepaald type verandering (verslechterd, onveranderd, verbeterd) op het gebied van algeheel welbevinden na 1,2,3,4,5 en/of 6 maanden behandeling indicatief is voor het al dan niet behalen van hetzelfde type verandering tijdens de gehele behandeling. De p-waarde ($p=.000$) van de eerste *Fisher's Exact Toets* blijkt significant ($p<.05$.) Hieruit kan geconcludeerd worden dat het type verandering dat na één maand behandeling behaald is significant samenhangt met het type verandering dat gedurende de gehele behandeling behaald wordt. In Figuur 6 is het type verandering (verslechterd, onveranderd of verbeterd) op het gebied van algeheel welbevinden in maand één afgezet tegen het type verandering gedurende de gehele behandeling. Te zien is dat 53.8% van de cliënten die in de eerste maand een verslechtering rapporteren tevens een verslechtering rapporteren gedurende de gehele behandeling. Dit is significant hoger ($z=4.4$) dan op basis van toeval verwacht kan worden. Daarnaast blijkt dat 62.5% van de cliënten die in de eerste maand onveranderd rapporteren tevens onveranderd rapporteren gedurende de gehele behandeling. Dit is niet significant hoger ($z=1.0$) dan op basis van toeval verwacht kan worden. Ten slotte blijkt dat 54.8% van de cliënten die een verbetering rapporteren in de eerste maand tevens een verbetering rapporteren gedurende de gehele behandeling. Dit is niet significant hoger ($z=1.5$) dan op basis van toeval verwacht kan worden. Bovenstaande analyse is tevens uitgevoerd voor 2 t/m 6 maanden behandeling om te onderzoeken of het type verandering op de tussenmetingen meer indicatief is voor het type verandering gedurende de gehele behandeling (figuren 7 t/m 11).



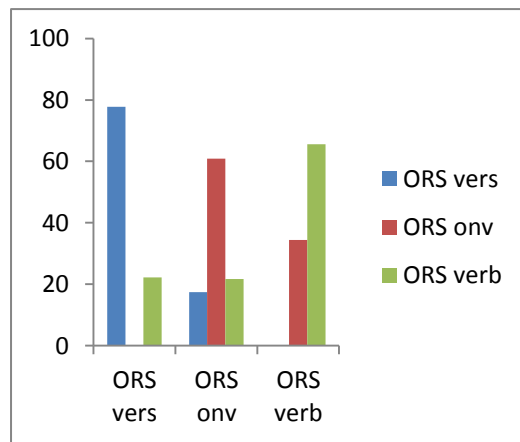
Figuur 6. Maand 1.



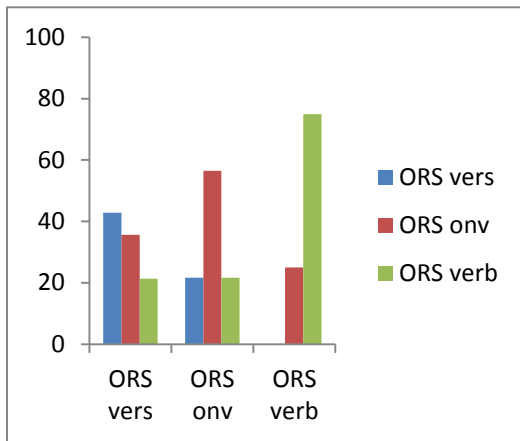
Figuur 7. Maand 2.



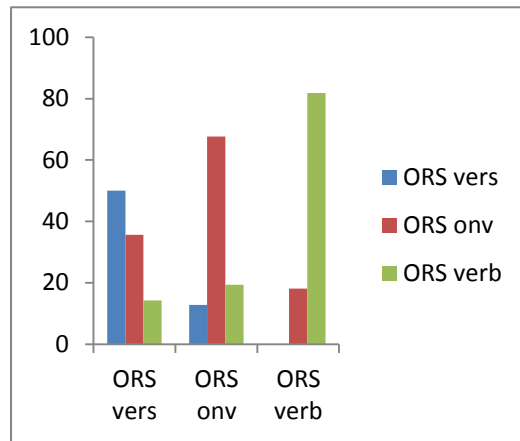
Figuur 8. Maand 3.



Figuur 9. Maand 4.



Figuur 10. maand 5



Figuur 11. Maand 6.

Uit bovenstaande figuren blijkt dat de tussenmetingen een sterkere aanduiding zijn voor de gestelde hypothese dan de metingen na de eerste maand. Met uitzondering van maand twee weergeven de tussenmetingen hogere celpercentages op verslechterd-verslechterd, onveranderd-onveranderd en verbeterd-verbeterd dan op de eerste maand. Bovendien vallen de gestandaardiseerde residuen hoger uit bij de metingen van maand drie t/m zes ten opzichte van de meting op de eerste maand. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het type verandering op het gebied van algeheel welbevinden op de tussenmetingen meer indicatief zijn voor het type verandering tijdens de gehele verandering dan de meting op de eerste maand.

Discussie

Het primaire doel van dit onderzoek was te achterhalen of het beeld dat de procesgerichte ROM laat zien op algeheel welbevinden aansluit bij het beeld dat de reguliere ROM laat zien op het gebied van PTSS en angst en depressie. Ten eerste bleek, in overeenstemming met de eerste twee hypothesen, het type verandering op de procesgerichte ROM aan te sluiten bij het type verandering op de reguliere ROM. Vervolgens bleek, in tegenstelling tot de derde hypothese, het type verandering op het gebied van algeheel welbevinden op de tussenmetingen meer indicatief te zijn voor het type verandering tijdens de gehele verandering dan de beginmeting.

Het eerste gedeelte van dit onderzoek onderzocht of de procesgerichte ROM aansloot bij het beeld dat de reguliere ROM laat zien over de toestand van de cliënt. Uit de resultaten blijkt dat het algeheel welbevinden toeneemt over tijd, alsook de PTSS-klachten afnemen over tijd. Deze bevindingen blijken met elkaar samen te hangen. Dit is in lijn met de bevindingen van Högberg en anderen (2008), die ondervonden dat het algeheel welbevinden van de cliënt de afname van PTSS-klachten kan voorspellen, zowel bij aanvang van de behandeling als enkele maanden daarna. Uit de daaropvolgende analyse blijkt eveneens een verband tussen beide variabelen. Wanneer het geheel nader wordt bekeken, blijkt het verband tussen algeheel welbevinden en PTSS niet bepaald door een specifieke samenhang van variabelen. Mogelijk wordt het ontbreken van deze samenhang verklaard doordat er binnen de huidige onderzoekspopulatie een trend is tot het behouden van chronische gezondheidsproblemen (Carlsson, Olsen, Kastrup & Mortensen, 2010). Uit de resultaten blijkt eveneens dat de overgrote meerderheid van de cliënten onveranderd blijft op algeheel welbevinden, alsook op PTSS. De ongelijke spreiding van de cliënten zorgt voor een lage celfrequentie in de overige

cellen, mogelijkwerwijs heeft dit de resultaten beïnvloed. Aangezien er sprake is van een klein effect, zal vervolgonderzoek moeten uitwijzen of bij replicaties van huidig onderzoek dezelfde resultaten gevonden zullen worden. De symptomen van angst en depressie werden daarnaast ook meegenomen op de reguliere ROM. Uit de resultaten blijkt dat het algeheel welbevinden toeneemt over tijd, alsook de symptomen van angst en depressie afnemen over tijd. Deze bevindingen blijken met elkaar samen te hangen. De daaropvolgende analyse ondersteunt tevens het verband tussen de variabelen. Dit is in lijn met de bevindingen van Wood en Joseph (2009), waaruit blijkt dat een laag algeheel welbevinden een aanzienlijk risico vormt voor de ontwikkeling van een depressie. Daarnaast sluiten de bevindingen van huidig onderzoek aan bij de longitudinale studie van Keyes, Dhingra en Simoes (2010), waaruit blijkt dat een laag algeheel welbevinden in verband staat met een grotere kans op het ontwikkelen van een depressieve stoornis of een angststoornis in die tien daaropvolgende jaren. De bevindingen op de procesgerichte ROM bleken op één lijn te liggen met de bevindingen voortvloeiend uit de reguliere ROM. Dientengevolge kan geconcludeerd worden dat de systematische feedback op het gebied van algeheel welbevinden indicatief is voor de behandelvoortgang tijdens de behandeling. Deze bevindingen wijzen erop dat de procesgerichte ROM een geschikt meetinstrument is om de behandelaar van systematische informatie te voorzien omtrent de behandelvoortgang.

In het derde gedeelte van huidig onderzoek wordt daarnaast getracht de bevindingen van Brown en anderen (1999) te repliceren. Brown en anderen (1999) expliciteren dat vooruitgang veelal vroeg in het behandeltraject geboekt wordt. Wanneer er in de beleving van de cliënt geen progressie plaatsvindt in de eerste paar sessies, bleken de kansen op positieve behandeluitkomsten af te nemen (Miller, et al., 2006). In huidig onderzoek werd belicht of de bevindingen van Brown en anderen (1999) ook opgaan binnen een onderzoekspopulatie die na meervoudige traumatische gebeurtenissen ernstige klachten hebben ontwikkeld. In huidig onderzoek blijkt dat de tussenmetingen meer indicatief zijn voor het type verandering over de gehele behandeling. Dit betekent dat bij deze onderzoekspopulatie de behandeling enigszins op gang moet zijn gekomen eer dat er een voorspelbare waarde ontstaat. Behandelvoortgang bij meervoudig getraumatiseerde cliënten manifesteert zich klaarblijkelijk pas later in het behandeltraject. In de literatuur is eveneens consensus dat er veelal sprake is van geringe veranderingen gedurende de behandeling bij meervoudig getraumatiseerde cliënten (Boehnlein, Kinzie, Sekiya & Riley, 2004; Carlsson, Olsen, Kastrup & Mortensen, 2010). De bevindingen hebben klinische relevantie voor de behandeling van meervoudig

getraumatiseerde cliënten. Zo kunnen behandelaren aan meervoudig getraumatiseerde cliënten expliciteren dat het gezien hun problematiek een tijd kan duren voordat zij vooruitgang in algeheel welbevinden zullen ervaren. Een meervoudig getraumatiseerde cliënt zal na bovenstaande uitleg zijn verwachtingen bijstellen en minder progressie verwachten in de eerste paar sessies. Wanneer progressie in algeheel welbevinden uitblijft tijdens de eerste paar sessies zal de cliënt minder snel zijn behandeling stopzetten, maar inzien dat dit hoort bij zijn problematiek. De cliënt zal zijn behandeling langer continueren waardoor de kans op positieve behandeluitkomsten toeneemt. Het is van belang om huidig onderzoek te repliceren binnen eenzelfde onderzoekspopulatie, om te verduidelijken welke periode van het behandeltraject bij meervoudig getraumatiseerde cliënten cruciaal is voor het verdere behandelverloop.

Sterke en zwakke punten

Bij de interpretatie van bovenstaande dient rekening te worden gehouden met verscheidene sterke en zwakke punten van huidig onderzoek. Het eerste sterke punt van huidig onderzoek betreft het opnemen van algeheel welbevinden als een van de behandeluitkomsten. In vele onderzoeken wordt louter symptoomreductie meegenomen als behandeluitkomst. Wanneer vervolgens bij cliënten de klachten niet afnemen, lijkt het of behandelvoortgang uitblijft. Onderzoek van Schut en Stroebe (2005) laat echter zien dat wanneer geen symptoomreductie optreedt onder cliënten, er wél een stijging in het algeheel welbevinden kan optreden. Door te richten op algeheel welbevinden kunnen positieve behandeluitkomsten naar boven komen, ondanks het uitblijven van klachtenafname. Dit onderzoek biedt daarnaast duidelijkheid over de werkzaamheid van procesmatige vragenlijstafname gedurende het behandeltraject. Door de procesgerichte ROM te hanteren in aanvulling op de reguliere ROM ontstaat een systematisch beeld van het therapie-effect. De uitkomsten van deze meetinstrumenten kunnen vervolgens gebruikt worden als input in de behandeling, aanleiding geven tot het stellen van nieuwe doelen in de behandeling en stagnaties in de behandelvoortgang van de cliënt tijdig te herkennen (Crouzen, 2010). Een kracht van dit onderzoek behelst daarnaast dat er gebruik is gemaakt van een groot aantal participanten van Stichting Centrum '45. De steekproef heeft voldoende omvang om te kunnen generaliseren naar andere meervoudig getraumatiseerde cliënten. Een ander sterk punt is dat er goed gevalideerde vragenlijsten zijn gebruikt om algeheel welbevinden, PTSS en angst en depressie te rapporteren.

Huidig onderzoek kent daarnaast ook enkele beperkingen. Een limitatie van huidig onderzoek is dat de manier van afname verschilt binnen de poli- en de dagkliniek. Een deel van de cliënten evalueerden hun algeheel welbevinden tijdens de groepsbehandeling, terwijl andere cliënten hun algeheel welbevinden evalueerden tijdens de individuele behandeling. Allerlei factoren zoals bijvoorbeeld groepsgedrag, alsook therapeut- en of cliëntvariabelen kunnen van invloed zijn geweest op de resultaten. Zo kunnen cliënten hun scores laten beïnvloeden door de aanwezigheid van ander cliënten of geneigd zijn sociaal wenselijk te antwoorden door de aanwezigheid van de behandelaar. Uit de COTAN-beoordeling van de ORS (2009) wordt dan ook gerapporteerd dat het onduidelijk is hoe de auteurs rekening hebben gehouden met de invloed van specifieke dataverzamelingsdesign op de hoogte van de coëfficiënten. Een tweede limitatie is dat de uitkomsten van vragenlijsten zijn samengevoegd tot één totaalscore van respectievelijk PTSS of angst en depressie. Hierdoor ontstaat er een globale uitkomstmaat van bovenstaande constructen. Als laatste is op te merken dat er voor de eerste en tweede deelvraag slechts twee meetmomenten zijn meegenomen. De meting aan het eind van de behandeling is vergeleken met de meting die aan het begin van de behandeling is uitgevoerd. Aan het eind van de behandeling kan worden beoordeeld of de cliënt verbeterd, onveranderd of verslechterd is ten opzichte van het begin van het behandeltraject. Aangezien er enkel gebruik is gemaakt van de gegevens van de begin- en eindmeting, ontbreekt er informatie over het behandelverloop tussen deze metingen.

Suggesties tot vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek dient bovenstaande beperkingen in ogenschouw te nemen en zich allereerst nogmaals te richten op de vergelijking tussen procesgerichte en reguliere ROM. Het is van belang om huidig onderzoek te repliceren binnen eenzelfde onderzoekspopulatie, om te verduidelijken welke periode van het behandeltraject bij meervoudig getraumatiseerde cliënten cruciaal is voor het verdere behandelverloop. Hierbij is het aanbevelingswaardig om de aanwijzingen uit huidig onderzoek mee te nemen. Voor een volledig en structureel overzicht van het behandeltraject is het aanbevolen om in het vervolgonderzoek tussenmetingen op te nemen. Daarnaast is het raadzaam om de vragenlijsten afzonderlijk mee te nemen, mogelijk volgen er andere resultaten als de vragenlijsten niet gecombineerd worden. Ten slotte kunnen therapeutbeoordelingen de zelfrapportage vragenlijsten aanvullen, Mogelijkerwijs wordt de zelfbeoordeling van de cliënt gekleurd door de problematiek, waardoor behandelprogressie uit lijkt te blijven, terwijl vanuit het oogpunt van therapeuten andere resultaten kunnen volgen.

Conclusie

Concluderend blijkt dat het beeld dat de procesgerichte ROM laat zien op algeheel welbevinden aansluit bij het beeld dat de reguliere ROM laat zien op het gebied van PTSS en angst en depressie. De verandering op het gebied van algeheel welbevinden in de tussenmetingen bleek meer indicatief te zijn voor het type verandering tijdens de gehele periode dan de meting bij de eerste maand. Dit betekent dat de cruciale periode bij meervoudig getraumatiseerde cliënten zich pas later in het behandeltraject manifesteert. De bevindingen benadrukken het belang van de afname van de procesgerichte ROM, als aanvulling op de reguliere ROM. Dit onderzoek kan gezien worden als een aanvulling in het effectiever en transparanter maken van de behandeling van meervoudig getraumatiseerde cliënten.

Referentielijst

- Anker, M. G., Duncan, B. L. & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 693-704.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Boehnlein, J., Kinzie, D., Sekiya, U. & Riley, C. (2004). A ten-year treatment outcome study of traumatised Cambodian refugees. *Journal of Nervous & Mental Disease, 192* (10), 658–663.
- Brown, J., Dreis, S. & Nace, D. K. (1999). What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 389–406). Washington, DC: American Psychological Association.
- Carlsson, J. M., Olsen, D. R., Kastrup, M., & Mortensen, E. L. (2010). Late mental health changes in tortured refugees in multidisciplinary treatment. *Journal of Nervous & Mental Disease, 198*(11), 824–828.
- Crouzen, M. (2010). Handleiding Client Directed Outcome Informed (CDOI), internet op 28-01-2013 van www.oplossingsgericht.nu/.../CDOI-handleiding-Crouzen-September
- Beurs, E. de (2006). *Brief Symptom Inventory*. Handleiding. Leiden: PITS.
- Beurs, E. de & Zitman, F.G. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. [The Brief Symptom Inventory (BSI): The reliability and validity of a brief alternative of the SCL-90]. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 61*, 120-141.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science, 19*, 1-15.
- Evans, D. R. & Cope, W. E. (1989). *Quality of Life Questionnaire: Manual*. Toronto, Canada: Multi Health Systems.
- Evers, A., Lucassen, W., Meijer, R. & Sijtsma, K. (2010). *COTAN beoordelingsstelsel voor de kwaliteit van tests*. Zaandijk: Heijnis & Schipper.
- Frueh, B. C., Turner, S. M., Beidel, D. C. & Cahill, S. P. (2001). Assessment of social functioning in combat veterans with PTSD. *Aggression and Violent Behavior, 6*, 79–90.
- Hafkenscheid, A. (2010). De Outcome rating scale (ORS) en Session rating scale (SRS).

- Enkele psychometrische kenmerken van de Nederlandse versies. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36, 394-403.
- Hafkenscheid, A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (2010). The Outcome and Session Rating Scales: A Cross-Cultural Examination of the Psychometric Properties of the Dutch Translation. *Journal of Brief Therapy*, 7, 1-12.
- Högberg, G., Pagani, M., Sundin, Ö., Soares, J.A., berg-Wistedt, A., Tärnell, B., Hällström, T. (2008). Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: outcome is stable in 35-month follow-up. *Psychiatry Research*, 159, 101–108
- Jakobsen, M., Thoresen, S., Johansen, L.E. (2011). The validity of screening for posttraumatic stress disorder and other mental health problems among asylum seekers from different countries. *J. Refugee Stud.*, 34, 171–186
- de Jong, K. & van 't Spijker, A. (2013). Routine Outcome Monitoring: 'love it or leave it'? *Tijdschrift voor psychotherapie*, 39, 191-193.
- Kashdan, T. B., Julian, T., Merritt, K., & Uswatte, G. (2006). Social anxiety and posttraumatic stress in combat veterans: Relations to well-being and human strengths. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 561–583
- Miller, S.D., Duncan, B.L. & Johnson, L. (2000). *Outcome Rating Scale (ORS)* (Nederlandse bewerking van A. Hafkenscheid, D. Been, S. de Boer, A. Boon, P. Breukers, M. Crouzen, P. Teune en J. Wolff). Amersfoort: Sinai Centrum.
- Mollica, R., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S. & Lavell, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 111-116.
- Prins, P. & Braet, C. (2014). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*. Gent: Bohn Stafleu van Loghum.
- Richardson, J.T.E. (2011). Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. *Educational Research Review*, 6, 135–147.
- de Vries, G.J. & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *J. Trauma. Stress*, 22, 259–267.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P. & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Scale available from the National Center for PTSD.