

Gebruik van de HoNOS bij de behandeling van patiënten

M.A. NUGTER, V.J.A. BUWALDA, A.D.F. DHONDT, S. DRAISMA

ACHTERGROND Gegevens over hoogte en verloop van scores van verschillende patiëntengroepen zijn nodig voor gebruik van meetinstrumenten bij behandelbeslissingen.

DOEL Methoden voor de berekening van individuele verandering en van drempelwaarden toetsen op praktische bruikbaarheid.

METHODE Herhaalde metingen met de 'Health of the Nation Outcome Scales' (HoNOS) werden geanalyseerd van 699 volwassen en 414 oudere patiënten, in verschillende behandelsettings.

RESULTATEN De gemiddelde HoNOS-scores en de drempelwaardes differentieerden goed tussen patiëntengroepen. Scores en drempelwaardes bij ouderen waren relatief hoog. De 'reliable change index' liet weinig individuele verandering zien, ook bij groepen waar die verandering werd verwacht. Dit in tegenstelling tot de effectgrootte en de standaardmeetfout.

CONCLUSIE Verder onderzoek is nodig om de generaliseerbaarheid van de bevindingen te toetsen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)2, 153-159]

TREFWOORDEN behandelbeslissingen, drempelwaarde, effectgrootte, HoNOS, reliable change index, standaardmeetfout

Meetinstrumenten kunnen gebruikt worden om behandelbeslissingen te ondersteunen, bijvoorbeeld over intensivering van de behandeling als een patiënt klinisch niet verbetert en een hoge score houdt op een klachtenlijst. Om scores te interpreteren zijn gegevens van normgroepen nodig, drempelwaarden om die groepen te onderscheiden en indices voor klinisch relevante veranderingen.

Dit alles is vooral uitgewerkt in onderzoek naar psychotherapie-effecten (Jacobson & Truax 1991). Bekende concepten zijn klinisch significante verbetering ('clinical significant change'; CSC) en 'reliable change' (RC). Bij de CSC wordt gewerkt met drempelwaardes die patiëntenpopulaties en normaalpopulaties onderscheiden. Bij de RC worden scoreveranderingen gecorrigeerd voor de

onbetrouwbaarheid van een instrument.

De bruikbaarheid van deze analysemethoden voor andere patiëntengroepen en voor beoordelingslijsten staat ter discussie. Zo is het de vraag in hoeverre een vergelijking met de algemene bevolking relevant is voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (Eisen e.a. 2007). Voor beoordelingsinstrumenten zijn er veelal geen gegevens van de algemene bevolking (Burgess e.a. 2009; Parabiaghi e.a. 2005). Dit probleem is van toepassing op beide versies van de 'Health of the Nation Outcome Scales' (HoNOS, HoNOS 65+) die in Nederland worden gebruikt (Aartsen e.a. 2010; Mulder e.a. 2004).

Parabiaghi e.a. (2005) berekenen de CSC op de HoNOS door ernstgroepen te definiëren op basis van de scores en vervolgens drempelwaardes te

berekenen. Prowse en Coombs (2009) berekenen drempelwaardes op basis van scores van patiënten in verschillende behandelsettings.

Omdat de RC op de HoNOS weinig individuele verandering toont, zijn alternatieven voorgesteld: gebruik van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in plaats van de interne consistentie (Broersma & Sytma 2010) en alternatieve methoden om individuele verandering te meten, zoals de standaardmeetfout (*standard error of measurement*; SEM) of een middelgrote effectgrootte (*effect size*; ES) (Burgess e.a. 2009; Eisen e.a. 2007).

Wij onderzochten de praktische bruikbaarheid van drempelwaarden tussen verschillende patiëntengroepen en van drie maten voor individuele verandering.

METHODE

Patiënten

We maakten gebruik van gegevens van drie groepen:

- de eerste groep bestond uit 1677 oudere patiënten (> 65);
- de tweede groep uit 1456 volwassenen (< 65 jaar) met langdurende behandeling en begeleiding;
- de derde groep bestond uit 346 volwassenen (< 65 jaar) die werden aangemeld voor een (poli) klinische behandeling.

Data van de eerste twee groepen werden geëxtraheerd uit een ROM-databestand. De derde groep participeerde in een ROM-effectiviteitsonderzoek van een van de auteurs (vB). Minimaal twee metingen waren er van 536 ouderen (31%), 851 patiënten met langdurende behandeling/begeleiding (58%), en 172 patiënten (50%) in (poli)klinische behandeling. Vervolgmetingen ontbraken bij de eerste twee groepen vanwege de fase van het ROM-implementatietraject, waarbij teams nog maar één meting hadden gedaan of nog niet systematisch werkten met ROM. Bij de derde groep ontbraken metingen omdat patiënten niet voor een vervolgmeting kwamen of elders behandeling kregen.

Wij analyseerden of de patiënten met vervolgmetingen op de beginmeting verschilden van patiënten met slechts een beginmeting. Een significant verschil werd alleen gevonden bij de ouderen: de groep met vervolgmetingen scoorde gemiddeld 1 punt hoger ($t = 3,28$; $df = 1658$; $p < 0,01$).

Bij de ouderen waren er vier behandelgroepen: kortdurende behandeling (< 1 jaar), langdurende ambulante begeleiding (> 1 jaar), opname en verblijf.

De twee groepen volwassenen konden in vijf behandelgroepen worden ingedeeld: (kortdurende) ambulante behandeling, langdurende ambulante begeleiding, langdurende ambulante begeleiding met een tijdelijke en multidisciplinaire intensivering van de zorg (*assertive community treatment*, ACT), opname en verblijf.

Voor de analyses gebruikten we gegevens van patiënten met twee metingen binnen één behandelgroep. In totaal waren dit 414 ouderen en 699 volwassenen.

Instrumenten

De HoNOS(65+) bestaat uit 12 items met een vijfpuntschaal die loopt van 0 (geen probleem) tot 4 (zeer ernstig probleem). Overige gegevens zijn geëxtraheerd uit patiëntendossiers.

Procedure

Bij patiënten die langdurend werden begeleid, werden ROM-metingen gemiddeld eens per jaar uitgevoerd. Bij kortdurend ambulante en klinisch behandelingen waren er vooral begin- en eindmetingen. Behandelaars (psychiaters, psychologen, verpleegkundigen) scoorden zelf de HoNOS(65+) en hadden daarvoor een training gevolgd.

Analyse

Drempelwaardes werden berekend met de formule van Parabiaghi e.a. (2005). Als veranderingsmaten werden de ES (Eisen e.a. 2007), de SEM

(Burgess e.a. 2009), en de RCI (Jacobson & Truax 1991) berekend.

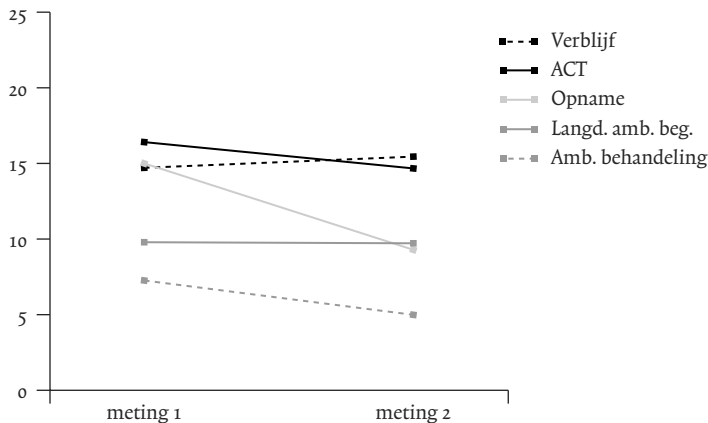
De ES meet verandering op groepsniveau, maar wordt ook gebruikt om verandering op individueel niveau uit te drukken, waarbij een ES van 0,50 (de halve standaarddeviatie) het meest wordt toegepast. De SEM is gebaseerd op de betrouwbaarheidscoëfficiënt en de standaarddeviatie van een instrument en is een schatting van de betrouwbaarheid op individueel niveau. De RCI is gebaseerd op de SEM. Bij de RCI wordt getoetst of de veranderingsscore statistisch betrouwbaar is. Wij gebruikten de interne consistentie als betrouwbaarheidsindex.

RESULTATEN

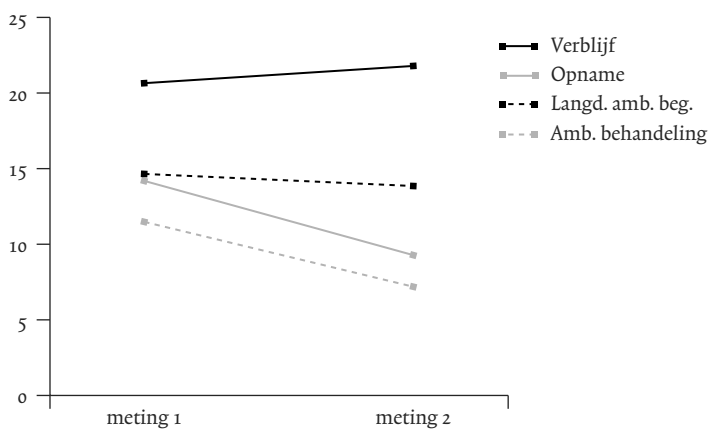
Patiënten

De volwassenen waren gemiddeld 44 jaar (SD: 11,65) en de meerderheid was man (58%). De ouderen waren gemiddeld 74 jaar (SD: 7,29) en meestal vrouw (69%). De volwassenen hadden het vaakst psychotische stoornissen (50,3%) of stemmingsstoornissen (29,3%). De ouderen hadden het vaakst stemmingsstoornissen (36,1%), gevolgd door aanpassingsstoornissen (14,7%), psychotische stoornissen (13,4%) en angststoornissen (12,1%).

FIGUUR 1 Verandering gemiddelde scores op de HoNOS bij volwassenen



FIGUUR 2 Verandering gemiddelde scores op de HoNOS bij ouderen



Veranderingen op groepsniveau

De figuren 1 en 2 tonen het verloop van de scores van de verschillende groepen. Scores van patiënten met langdurend ambulante begeleiding en van patiënten van de verblijfsafdelingen veranderden nauwelijks. De ES bij deze groepen was lager dan 0,2. Bij de patiënten die ambulante behandeld werden of voor wie de behandeling of begeleiding tijdelijk was geïntensiveerd, varieerde de ES van klein (0,35 bij ACT) tot groot (0,95 voor de opgenomen volwassenen).

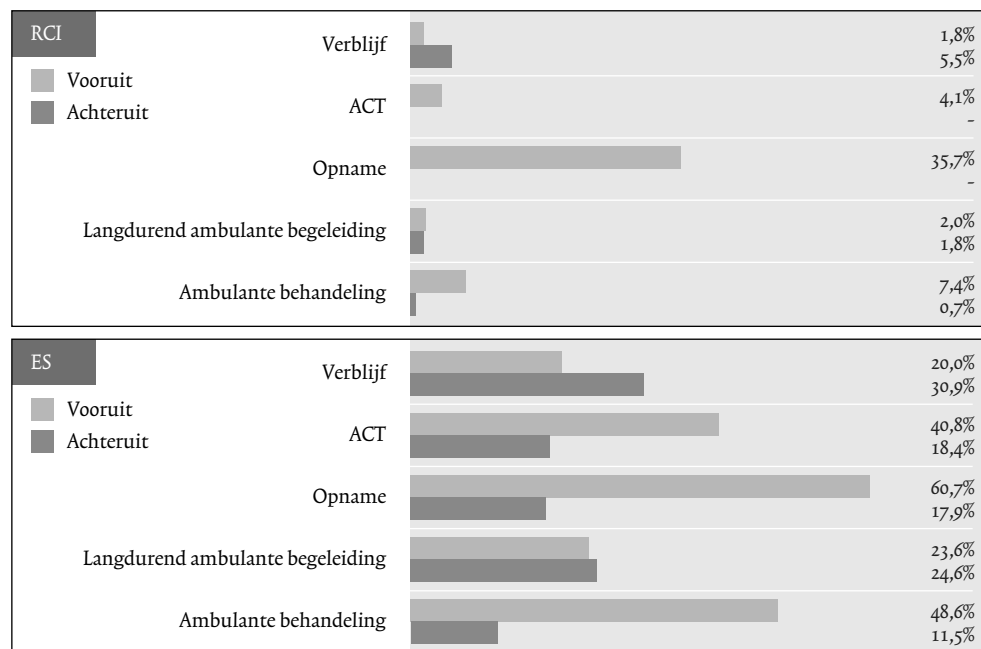
Drempelwaardes

Voor het berekenen van drempelwaardes is de klinische praktijk het uitgangspunt, waarbij de intensivering bij ambulante behandeling vooral een opname is, terwijl bij langdurend ambulante begeleiding een opname, ACT of overplaatsing naar een verblijfsafdeling mogelijk is.

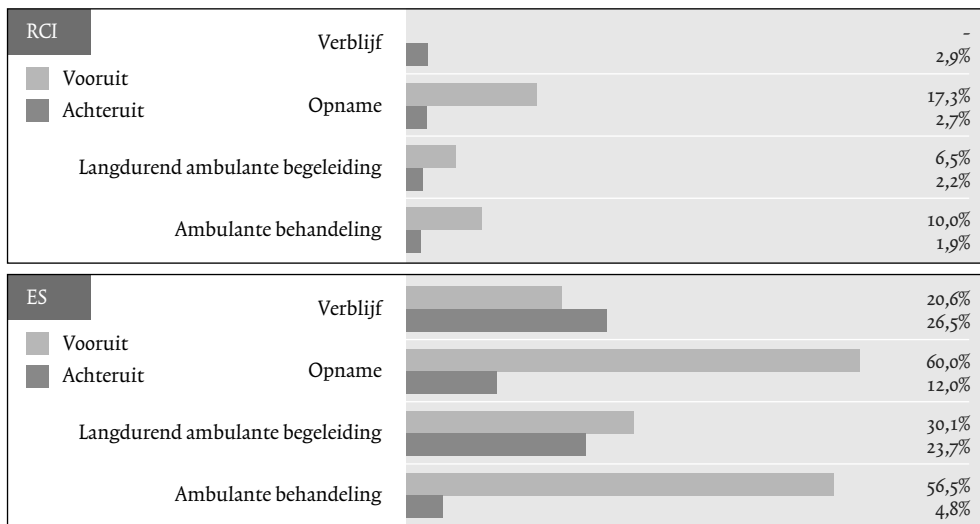
Bij de volwassenen werd een drempelwaarde van 10 gevonden tussen ambulante behandeling en opname. Dit betekent dat men bij patiënten in ambulante behandeling bij een score hoger dan 10 aan een opname kan denken. Een drempelwaarde van 12 werd gevonden tussen langdurend ambulante begeleiding en opname en 11 respectievelijk 13 tussen langdurende ambulante begeleiding en verblijf resp. ACT. Dat betekent dat een score hoger dan 11 hoog is voor een patiënt die langdurend ambulante wordt begeleid. Intensivering van de zorg in de vorm van ACT of 24-uurszorg (verblijf of opname) kan dan worden overwogen.

Bij de ouderen werd een drempelwaarde van 12 gevonden tussen kortdurend ambulante behandeling en opname, en van 18 tussen langdurende ambulante begeleiding respectievelijk verblijf. De opgenomen patiënten en de patiënten met langdurend ambulante begeleiding waren niet goed te onderscheiden.

FIGUUR 3 Verandering (voor- en achteruitgang in %) op verschillende maten bij volwassenen; bij toepassing van reliable change index (RCI) en effectgrootte (ES); ACT = assertive community treatment



FIGUUR 4 Verandering (voor- en achteruitgang in %) bij verschillende maten-ouderen



Individuele veranderingsmaten

De RCI bleek bij ouderen 12 en bij volwassenen 9. De ES was 3 punten, bij ouderen én volwassenen en de SEM was bij ouderen 4 en bij volwassenen 3. In figuur 3 en 4 worden percentages verandering weergegeven bij toepassing van de RCI en de ES. Bij de RCI was het grootste percentage vooruitgang 35, bij de opgenomen volwassenen. Bij toepassing van de ES was bij ambulante behandelingen en bij opnames veel meer vooruitgang te zien dan achteruitgang, bij langdurende ambulante behandeling gingen evenveel patiënten voor- als achteruit en bij verblijfsafdelingen was het percentage patiënten dat achteruitgaat hoger dan het percentage dat vooruitgaat.

DISCUSSIE

Wij onderzochten veranderingsmaten en drempelwaardes die groepen patiënten van elkaar kunnen onderscheiden, met het oog op gebruik in de dagelijkse praktijk. Groepsanalyses laten zien dat HONOS en HONOS 65+ redelijk differentiëren tussen de ambulante patiëntengroepen onderling en tussen de ambulante patiënten en de patiënten

bij wie de behandeling is geïntensiveerd. Er is verandering te zien bij die groepen waarbij verandering het meest te verwachten is. Dit is conform eerdere onderzoeksbevindingen (Aartsen e.a. 2010; Broersma & Sytema 2010; Mulder e.a. 2004).

De gevonden drempelwaardes verschillen van die van Parabiaghi e.a. (2005) die gebaseerd zijn op een ernstindeling vooraf. Dit geldt zeker voor ouderen, bij wie scores en drempelwaardes over het algemeen hoger liggen dan bij de volwassenen. Nadere analyses zijn nodig om te bezien of dit komt doordat de instrumenten verschillen of omdat de problematiek van de ouderen ernstiger is.

De drempelwaardes geven een indicatie van de ernst van de problematiek en ondersteunen het nemen van beslissingen over het al dan niet intensiveren van de zorg. Al zal het beleid van een organisatie, bijvoorbeeld meer of minder gericht op het voorkomen van opnames, en de achtergrond van een patiënt meebepalend zijn voor het type intensivering waarvoor wordt gekozen. Verder onderzoek, waarbij gegevens van andere instellingen worden betrokken, is nodig om de algemene geldigheid van deze drempelwaardes te toetsen.

De RCI is een conservatieve veranderingsmaat. Het percentage patiënten in ambulante behandeling dat verbetert, is lager dan wat wordt gevonden met zelfinvullijsten (Hansen e.a. 2002). Voor kortdurende behandelingen is deze index voor de HoNOS mogelijk te behoudend, al kan ook voor een langdurend traject deze maat ter discussie worden gesteld als er zo weinig variatie is. De alternatieven, SEM en ES, geven een gedifferentieerder beeld van de verandering van individuele patiënten, een beeld dat ook overeenkomt met wat men in verschillende settings zou verwachten. Om deze redenen kozen anderen voor de ES (Burgess & Pirkis 2008).

Onderzoek is nodig waarin naast de HoNOS andere instrumenten worden gebruikt, zoals het oordeel van de behandelaar en zelfinvullijsten, om te bepalen wat in de praktijk de meest relevante veranderingsmaat is.

LITERATUUR

- Aartsen AMJ, Spitsbaard AK, Van Baarsen C, Dhondt ADF, Mascini M, Nefs A, e.a. Een multicenterstudie naar betrouwbaarheid, validiteit en gevoeligheid voor verandering van de honos65+ binnen de ouderenspsychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 543-53.
- Broersma T, Sytema S. De Health of the Nation Outcome Scales als effectmaat in de ouderenspsychiatrie. *Tijdschr Geront Geriatr* 2010; 41: 13-8.
- Burgess P, Pirkis J, Coombs T. Modelling candidate effectiveness indicators for mental health services. *Aust NZJ Psychiatry* 2009; 43: 531-8.
- Burgess P, Pirkis J. Key performance indicators for Australian Public Mental Health Services – potential contributions of MH-NOCC Data: Developing indicators of effectiveness Version 2.0, Brisbane, Queensland, 2008.
- Eisen S, Ranganathan, G, Pradipta S, Spiro, A. Measuring clinically meaningful change following mental health treatment. *J Behav Health Serv Res* 2007; 34: 272-89.
- Hansen NB, Lambert MJ, Forman EV. The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clin psychol: Science and Practice* 2002; 9: 329-43.

Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clinical Psychol* 1991; 59: 12-9.

Mulder CL, Staring ABP, Loos J, Buwalda VJA, Kuijpers D, Sytema S, Wierdsma AI. De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 46: 273-84.

Parabiaghi A, Barbato A, D'Avanzo B, Erlicher A, Lora A. Assessing reliable and clinically significant change on Health of the Nation Outcome Scales: method for displaying longitudinal data. *Aust NZJ Psychiatry* 2005; 39: 719-25.

Prowse L, Coombs T. The use of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) to inform discharge and transfer decisions in community mental health services. *Aust Health Rev* 2009; 33: 13-8.

AUTEURS

ANNET NUGTER is senioronderzoeker, hoofd afdeling Onderzoek en Monitoring van GGZ Noord-Holland-Noord, Heerhugowaard.

VICTOR BUWALDA is psychiater, beleidspsychiater Altrecht GGZ; promotieonderzoek GGZIngeest/vUmc, Amsterdam.

TON DHONDT is psychiater, directeur behandelzaken Divisie Ouderenspsychiatrie GGZ Noord-Holland-Noord, Heiloo/Alkmaar.

STASJA DRAISMA is methodoloog, senioronderzoeker bij GGZIngeest/vUmc, Amsterdam.

Correspondentieadres: dr. M.A. Nugter, GGZ Noord-Holland-Noord, Postbus 18, 1850 BA Heiloo.

E-mail: a.nugter@ggz-nhn.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-9-2011.

SUMMARY

The use of HoNOS in the treatment of patients – M.A. Nugter, V.J.A. Buwalda, A.D.F. Dhondt, S. Draisma –

BACKGROUND In order to use outcome scores for making decisions about treatment, practitioners need to know the course of scores of several groups of patients.

AIM To test the applicability of methods for computing cut-off scores and individual changes.

METHOD Using Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), we analysed repeated assessments of 699 adults and 414 elderly patients in different treatment settings.

RESULTS Mean HoNOS scores and cut-off scores differentiated between patient groups reasonably well. Scores and threshold values for elderly patients were relatively high. The reliable change index showed few individual changes even for groups where change was expected. The effect size and the standard error of measurement were found to be more sensitive to change.

CONCLUSION More research is needed before the findings can be generalised.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)2, 153-159]

KEY WORDS cut-off score, effect size, HoNOS, standard error of measurement, reliable change index, treatment decisions