

# De invloed van de duur van behandeling op het interpreteren van ROM-metingen bij ACT

C.L. MULDER, H.E. KORTRIJK

**ACHTERGROND** Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) zijn meestal langdurig in zorg. Wanneer patiënten uit zorg raken, kan dit tot problemen leiden bij de interpretatie van de data verkregen bij routine outcome monitoring (ROM).

**DOEL** Beschrijven van het verband tussen de uitval en de behandelduur aan de ene kant en patiëntkenmerken en de scores op een ROM-uitkomstmaat, de Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS), aan de andere kant.

**METHODE** Jaarlijkse CANSAS-metingen bij patiënten in behandeling bij assertive community treatment (ACT)-teams.

**RESULTATEN** Er werden 2946 CANSAS-metingen gedaan bij 1041 patiënten die gemiddeld 1,4 jaar in behandeling waren bij een ACT-team sinds hun eerste ROM-meting. Patiënten die in behandeling bleven, waren relatief vaker man, waren vaker buiten Nederland geboren en hadden vaker een psychotische stoornis of een middelengebonden stoornis dan patiënten die uit behandeling gingen. Patiënten die langer in zorg bleven, hadden bij aanvang van de behandeling en tijdens de laatste vervolgmeting meer onvervulde zorgbehoeften dan patiënten die korter behandeld werden.

**CONCLUSIE** Voor het interpreteren van ROM-uitkomsten bij patiënten met EPA is het nodig om rekening te houden met kenmerken van patiënten en de duur van de behandeling.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)2, 191-196]

**TREFWOORDEN** benchmarking, EPA, ROM, zorgbehoeften

De meeste patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) zijn langdurig onder behandeling, maar niet allemaal even lang. Er zijn patiënten die voortijdig met behandeling stoppen of worden doorverwezen. Dit kan zijn omdat de patiënt (te) 'zorgmijdend' is of omdat de patiënt naar de huisarts verwezen wordt. Alle patiënten willen we volgen met routine outcome monitoring (ROM) (Mulder e.a. 2010). Vaak zal een eerste ROM-meting lukken, maar vervolgmetingen zijn lastiger te realiseren. Dit heeft consequenties voor het interpreteren van ROM-gegevens op groepsniveau. De kans is groot dat (1) de groep patiënten bij wie de behandeling relatief vroegtijdig wordt

beëindigd een andere is dan de patiënten die langer in zorg blijven; (2) er van die eerste groep vaker vervolgmetingen ontbreken en (3) dat de scores op de ROM-metingen die er wel zijn van deze groepen verschillen. Als dat zo is, dan heeft dat consequenties voor de interpretatie van de ROM-uitkomsten.

Wij onderzochten deze mogelijke verschillen op twee manieren: (1) door patiënten met EPA die (vroegtijdig) de behandeling beëindigen op een aantal patiëntkenmerken te vergelijken met patiënten die in zorg blijven en (2) door de duur van de behandeling te relateren aan de uitkomsten op de ROM.

## METHODE

### Setting

ROM-metingen werden verricht bij patiënten uit een van de zeven ACT-teams van BavoEuro-poort, een ggz-instelling in Rijnmond (Kortrijk e.a. 2010). De laatste score op de 'Dartmouth Assertive Community Treatment Scale' (DACTS; maat voor modelgetrouwheid) was gemiddeld 3,5 (uitersten: 2,9-3,8), hetgeen wijst op een matige tot voldoende implementatie van ACT (Teague e.a. 1998).

### Patiënten

Inclusiecriteria voor ACT waren: behorend tot de EPA-groep, problemen op > 2 levensgebieden (somatic, sociale contacten, wonen, algemene dagelijkse levensverrichtingen, financiën, justitie) en geen motivatie tot behandeling.

### ROM

Vanaf 2003 verzamelen we ROM-gegevens; deze betroffen 1041 patiënten op het moment van de analyses voor dit artikel. De instrumenten voor ROM bij patiënten met EPA werden eerder beschreven (Mulder e.a. 2010) en betroffen onder andere de 'Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule' (CANSAS; Slade e.a. 1999). De CANSAS meet zorgbehoeftes (22 items). De score '0' betekent 'geen zorgbehoefte' op dat gebied, score '1' betekent 'voldaan aan de zorgbehoefte' (bijvoorbeeld adequate behandeling van een psychose) en score '2' betekent 'onvervulde zorgbehoefte' (bijvoorbeeld ongesaneerde schulden). ROM-metingen werden verzorgd door onafhankelijke en getrainde beoordelaars (psychologen en SPV'ers). Redenen voor het ontbreken van ROM-metingen werden niet geregistreerd. Wel werd geregistreerd waarom een patiënt was uitgeschreven. ROM-metingen stopten bij uitschrijving uit het ACT-team.

In totaal werden er in 7 jaar 2946 ROM-metingen gedaan. Bij 104 patiënten was de follow-up 4 jaar of meer. Het aantal ROM-metingen nam in de tijd af, omdat de follow-up niet voor iedereen even lang was, ROM-metingen ontbraken en patiënten met behandeling stopten. Gemiddeld werden patiënten 1,4 keer per jaar gemeten (uitersten: 0,2-3,2). Psychiatrische diagnoses werden gesteld door de teampsychiater. Het bestaan van het ROM-databestand werd gemeld aan het Bureau Bescherming Privacy Registratie Patiëntgegevens.

### Analyses

Om zicht te krijgen op de effecten van uitval, gingen we na hoe de uitval samenhang met patiëntkenmerken en hoe de zorgduur gerelateerd was aan de CANSAS-scores. Dit analyseerden wij aan de hand van de  $\chi^2$ -toets en variantieanalyse (ANOVA). Uitstroom en de reden daarvan staan in frequentietabellen. Deze analyse deden we door per meetmoment de groepsgegevens van het aantal onvervulde zorgbehoeften weer te geven en het gemiddeld aantal onvervulde zorgbehoeften weer te geven van de ROM-meting bij aanvang, afgezet tegen het aantal jaren behandeling in ACT (SPSS versie 15.0).

## RESULTATEN

### Kenmerken van de patiënten

Patiënten waren hoofdzakelijk man, gemiddeld 42 jaar en meer dan de helft was van allochtone afkomst (zie tabel 1). De meest gestelde diagnose was een psychotische stoornis.

### Patiëntkenmerken en uitstroom

Er waren significante verschillen bij aanvang tussen patiënten die in behandeling bleven en degenen die de ACT-teams verlieten. De eerste groep bevatte meer mannen ( $\chi^2 = 7,916$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,005$ ), meer patiënten die buiten Nederland waren

TABEL 1			
Kenmerken van patiënten, gestart met behandeling bij een ACT-team (n = 1041), opgesplitst naar diegenen die in behandeling bleven en de patiënten die uitvielen			
Patiëntkenmerken	Totaal	In zorg	Uit zorg
Gem. duur in jaren in ACT sinds 1ste ROM-meting (SD)	1,4 (2,9)	1,7 (1,7)	1,0 (1,3)
Sekse; man; n (%)	775 (75)	475 (61)	300 (39)*
Leeftijd in jaar; gem. (SD)	41,9 (11,6)	41,8 (11,3)	42,2 (12,0)
Geboren buiten Nederland (%)	548 (53)	339 (62)	209 (39)*
Diagnose psychotische stoornis (%)	711 (68)	466 (66)	245 (34)*
Diagnose middelenmisbruik of -afhankelijkheid (%)	332 (32)	217 (65)	115 (35)*

\*p < 0,05

TABEL 2	
Reden van uitschrijving uit ACT; 430 (41%) van de 1041 patiënten zijn uitgeschreven	
Reden uitschrijving	n (%)
Verhuisd	23 (5,3)
Onbekende verblijfplaats	16 (3,7)
Suicide/overleden	25 (5,8)
Contact niet voldoende tot stand gekomen	57 (13,3)
Patiënt verwezen naar	232 (54)
Intensievere zorg	73 (32)
Even intensief	42 (18)
Minder intensief	105 (45)
Onbekend	12 (5)
Anders	39 (9,1)
Onbekend	38 (8,8)

geboren ( $\chi^2 = 0,789$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,029$ ), hadden vaker de diagnose psychotische stoornis ( $\chi^2 = 43,383$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ) en middelenmisbruik of -afhankelijkheid ( $\chi^2 = 8,939$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,003$ ). Er bestonden geen verschillen in leeftijd ( $t = -0,554$ ;  $df = 1039$ ;  $p = 0,580$ ).

### Redenen tot uitschrijving

Tijdens follow-up werden 430 (41%) van de 1041 patiënten uitgeschreven. De redenen hiervoor staan in tabel 2. De frequentste reden betrof verwijzing naar elders (54%). Bij 73 (32%) patiënten uit deze laatste groep betrof dit een verwijzing naar intensievere zorg (bijvoorbeeld voor een langdurige (gedwongen) opname in een psychiatrisch ziekenhuis (Beilen bijv.), verpleeghuis, of bij een afdeling klinisch wonen), bij 105 (45%) van de patiënten ging het om een verwijzing naar een minder intensieve zorg. Bij 42 patiënten (18%) betrof het een verwijzing naar een ander ACT-team, bijvoorbeeld in verband met verhuizing.

### Beloop van de onvervulde zorgbehoeften

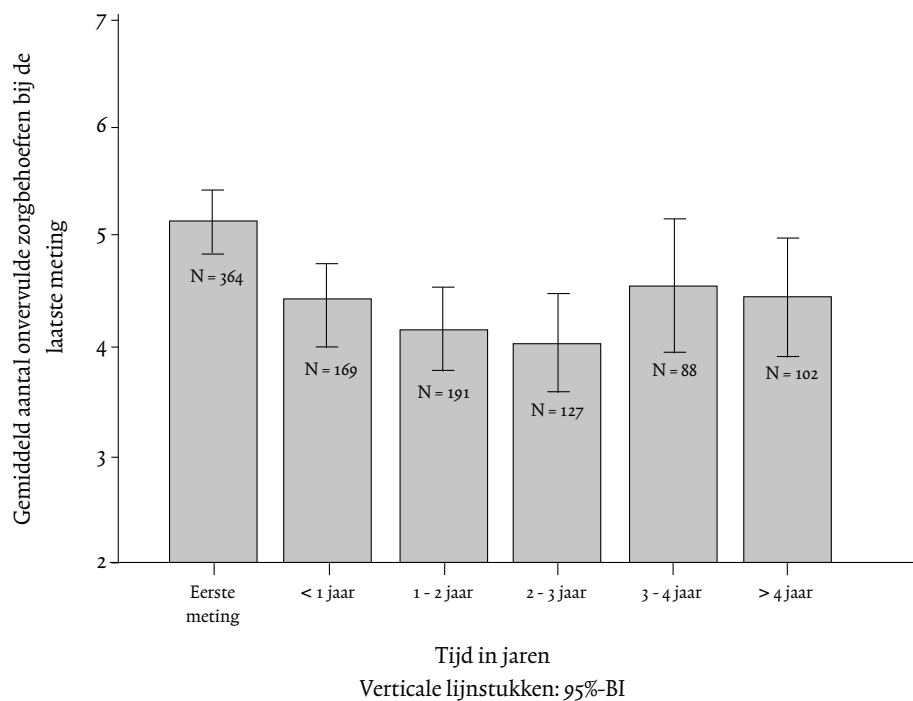
Figuur 1 laat het gemiddeld aantal onvervulde zorgbehoeften zien van patiënten die op dat moment (nog) in behandeling waren, per jaar na start van ACT. Het betrof de laatste metingen per patiënt over de tijd.

Het gemiddeld aantal onvervulde zorgbehoeften daalde eerst, maar steeg vervolgens in wisselende mate over de tijd. De verschillen in onvervulde zorgbehoeften tussen de metingen waren significant (ANOVA  $F = 3,695$ ;  $df = 5$ ;  $p < 0,003$ ).

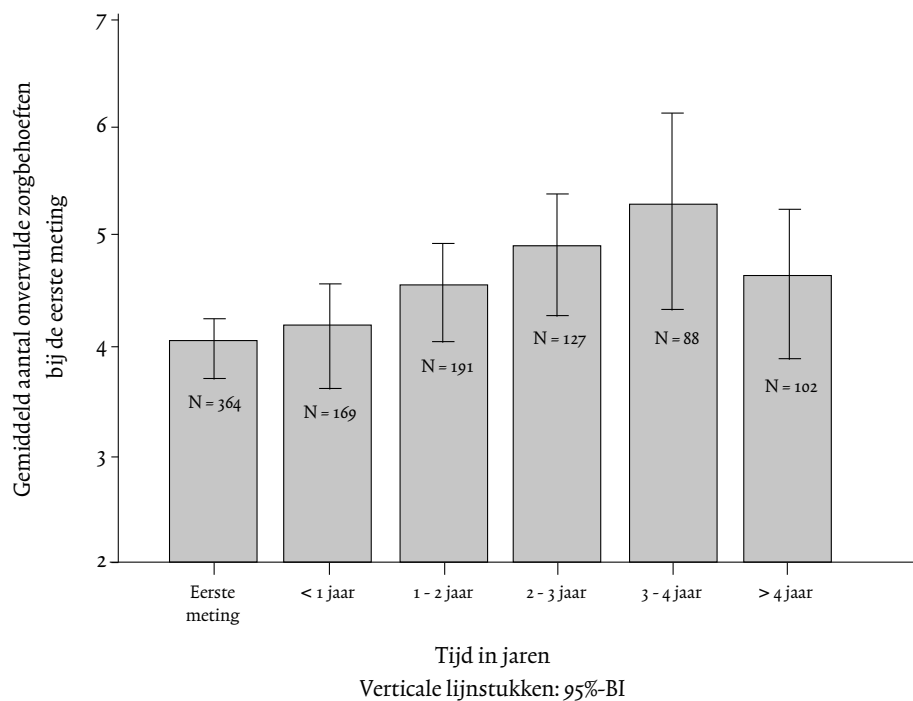
### Duur van zorg en onvervulde zorgbehoeften

Patiënten die langer in zorg bleven, hadden meer onvervulde zorgbehoeften op de eerste meting (ANOVA  $F = 7,695$ ;  $df = 5$ ;  $p < 0,001$ ). Zie figuur 2.

FIGUUR 1 Gemiddeld aantal onvervulde zorgbehoeften van patiënten naar behandelduur



FIGUUR 2 Gemiddeld aantal onvervulde zorgbehoeften bij de eerste meting van individuele patiënten naar behandelduur



## DISCUSSIE

Patiënten die in behandeling bleven van de ACT-teams waren vaker man, waren vaker van niet-Nederlandse geboorte en hadden vaker de diagnose psychotische stoornis en/of middelenmisbruik dan patiënten die uitvielen uit behandeling. Het aantal onvervulde zorgbehoefes was groter bij patiënten die langer in behandeling bleven, zowel bij aanvang van de behandeling als bij de laatste metingen.

Deze resultaten wijzen erop dat patiënten met de meeste problemen overblijven. Deze groep heeft waarschijnlijk langdurige (bemoei)zorg nodig en de behandeling leidt bij deze groep (nog) niet tot goede resultaten. Uit eerder onderzoek bij patiënten uit ACT-teams bleek ook dat het vooral de patiënten met een psychotische stoornis in combinatie met verslaving waren die matig verbeterden (Kortrijk e.a. 2010). We kunnen dit vergelijken met patiënten op een intensive care: pas wanneer ze opknappen, volgt overplaatsing naar afdelingen met minder intensieve zorg.

Deze bevindingen hebben consequenties voor de interpretatie van ROM-data. Teams die behandeling bieden aan patiënten met EPA en die verschillen in beleid wat betreft het uitschrijven of verwijzen van patiënten, zullen waarschijnlijk van elkaar afwijken op de ROM-uitkomsten. Het kan gebeuren dat succesvol behandelde patiënten met EPA al snel worden verwezen naar lichtere vormen van zorg (bijv. poliklinische behandeling of behandeling door de huisarts), waardoor de effecten van behandeling op de lange termijn relatief ongunstig lijken omdat alleen de relatief complexe patiënten overblijven. Ook kan het tegenovergestelde het geval zijn, wanneer juist patiënten die niet verbeteren, worden verwezen voor langdurige (gesloten) opname.

## AANBEVELINGEN

Wij stellen daarom voor om bij het rapporteren van ROM-gegevens bij patiënten met EPA de volgende variabelen te beschrijven: (1) demografi-

sche en diagnostische kenmerken (casemix), (2) type behandeling, inclusief criteria voor in- en uitschrijving (3) duur van de behandeling, (4) frequentie van ROM-metingen en redenen van ontbrekende ROM-metingen en (5) redenen en tijdstip van uitval uit behandeling. Aan de hand van deze achtergrondvariabelen kunnen we proberen om vergelijkingen te maken in effectiviteit van zorg. De komende jaren zal duidelijk worden wat dit gaat opleveren en in hoeverre ROM-gegevens bruikbaar zijn voor benchmarking van de behandeling van patiënten met EPA.

## LITERATUUR

- Kortrijk HE, Mulder CL, Roosenschoon BJ, Wiersma D. Treatment outcome in patients receiving assertive community treatment. *Community Ment Health J* 2010; 46: 330-6. doi: 10.1007/s10597-009-9257-9
- Mulder CL, Kroon H. Assertive community treatment. Amsterdam: Boom; 2006.
- Mulder CL, van der Gaag M, Bruggeman R, Cahn W, Delespaul PAE, Dries P, e.a. Routine outcome monitoring voor patiënten met ernstigepsychiatrische aandoening: een consensusdocument. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 169-79.
- Slade M, Beck A, Bindman J, Thornicroft G, Wright S. Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness: CANSAS and HoNOS. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 404-8.

## AUTEURS

NIELS MULDER is hoogleraar Oggz en onderzoeksleider, Onderzoekcentrum O3, Afdeling Psychiatrie, Erasmus MC, en Bavo Europoort, Rotterdam.

HANS KORTRIJK is psycholoog en onderzoeker, BavoEuropoort, Rotterdam en Delta Psychiatrisch Centrum, Poortugaal.

Correspondentieadres: prof.dr. Niels Mulder, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

E-mail: niels.cmulder@wxs.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-11-2011.

## SUMMARY

Effects of treatment duration on the interpretation of ROM data in ACT patients – C.L. Mulder, H.E. Kortrijk –

**BACKGROUND** Patients with severe mental illness (SMI) generally receive long-term treatment. Interrupting treatment or leaving treatment early can lead to problems with the interpretation of routine outcome monitoring (ROM) data.

**AIM** To describe the link between early drop-out and treatment duration on the one hand, and patient characteristics and scores on a ROM outcome measure, namely the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS), on the other hand.

**METHOD** Annual CANSAS assessments of patients in assertive community treatment (ACT).

**RESULTS** 2946 CANSAS assessments were performed on 1041 patients who had been treated by an ACT team for an average of 1.4 years since their first ROM assessment. Patients who remained under treatment by an ACT team were more frequently male, born outside the Netherlands and had a psychotic or addiction disorder more frequently than patients who had left the ACT team treatment early. Patients who remained in ACT had, both at the start of treatment and at their last assessment, more unfulfilled needs than patients who had been treated for a shorter period.

**CONCLUSION** For the correct interpretation of ROM data for patients with SMI, one needs to have information about patient characteristics and the treatment duration.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)2, 191-196]

**KEY WORDS** benchmarking, need for care, ROM, SMI