

ROM bij ouderen: een prospectief cohortonderzoek naar de uitkomsten op de HoNOS 65+ bij verschillende diagnosegroepen

M.L.M. HERMENS, M.A. NUGTER, N. MOOIJ, A.W. HOOGENDOORN, G.E. VAN SON, S. ROBBERS, M.M. VAN BUEREN, A.T.F. BEEKMAN, J. THEUNISSEN

- ACHTERGROND** Routine outcome monitoring (ROM) biedt mogelijkheden om behandeluitkomsten in de dagelijkse klinische praktijk te analyseren en ervan te leren.
- DOEL** Nagaan welke veranderingen zich voordoen in het psychisch en sociaal/maatschappelijk functioneren gedurende de behandeling van oudere patiënten met een stemmingsstoornis, angststoornis, middelenafhankelijkheid, psychotische stoornis of persoonlijkheidsstoornis.
- METHODE** Data van 1810 patiënten (60-101 jaar) van 9 ggz-instellingen, aangesloten bij SynQuest cv, werden gebruikt. De totaalscores en de itemscores op de Health of the Nation Outcome Scales voor ouderen (HONOS 65+) aan het begin en einde van de behandeling werden geanalyseerd en gerelateerd aan de diagnose.
- RESULTATEN** Patiënten verbeterden substantieel (effectsize; $ES = 0,8$). De mate van verbetering verschilde per diagnosegroep: patiënten met een angst- of stemmingsstoornis toonden de meeste verbetering ($ES = 0,8$ en $1,0$). De mate van verbetering verschilde per HONOS 65+-item; met name op 'depressieve problemen' en 'andere geestelijke en gedragsproblemen' werd vooruitgang geboekt.
- CONCLUSIE** Veel patiënten verbeterden tijdens de behandeling in de ouderenpsychiatrie. Dit biedt ouderen met psychische problematiek een hoopvol perspectief. De scores op de individuele items van de HONOS 65+ kunnen behandelaars helpen om de behandeling op de problemen van de patiënt af te stemmen en het behandelresultaat te monitoren en te evalueren met de patiënt.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)8, 456-465

TREFWOORDEN behandeluitkomsten, geestelijke gezondheidszorg, ouderen, ROM, routine outcome monitoring



ARTIKEL



Met gegevens uit routine outcome monitoring (ROM) is het mogelijk na te gaan in hoeverre behandelingen in de dagelijkse praktijk tot verbetering leiden. In de ouderenpsychiatrie wordt de *Health of the Nation Outcome Scales* voor ouderen (HONOS 65+) afgenomen om het functioneren van patiënten te monitoren. Drie Nederlandse observatiestudies laten gunstige veranderingen zien op de HONOS 65+ waarbij patiënten in zowel de ambulante als de klinische ouderenpsychiatrie verbeteren (Broersma & Sytema

2010; Nugter e.a. 2012; Veerbeek e.a. 2014). Veerbeek e.a. (2014) maakten daarbij als enigen gebruik van gegevens uit meer dan één ggz-instelling en Broersma en Sytema (2010) onderzochten als enigen de mate van verandering voor verschillende diagnosegroepen. De auteurs van deze studies hebben allen uitsluitend gebruikgemaakt van totaalscores van de HONOS 65+. Echter, deze totaalscores geven slechts een indicatie over de mate van vooruitgang; op welke gebieden patiënten wel

of niet vooruitgaan, blijft onduidelijk. Zo is het de vraag hoeveel verandering er bij deze patiënten te verwachten is op de items die betrekking hebben op lichamelijke en cognitieve beperkingen. Om die reden worden er in de praktijk ook vraagtekens geplaatst bij de totaalscores. Daarnaast is er discussie over de indeling van de HONOS 65+-items in subschalen. Aartsen e.a. (2010) gebruiken andere subschalen dan die welke oorspronkelijk door Wing e.a. (1998) zijn gedefinieerd. Recent onderzoek van Veerbeek e.a. (2013) naar de Nederlandse HONOS 65+ vond geen onderbouwing voor een indeling in subschalen, en zij adviseren om naar de scores op de individuele items te kijken.

Het doel van onze studie is om met data afkomstig van verschillende ggz-instellingen na te gaan welke inzichten HONOS 65+-data kunnen geven over de mate van vooruitgang van patiënten in de dagelijkse praktijk van de ouderpsychiatrie, met onderscheid naar diagnosegroepen en met gebruikmaking van de scores op de individuele items: - Bij welke stoornissen is de meeste verbetering te verwachten?

- Op welke gebieden vindt verbetering plaats; heeft het analyseren van de veranderingen in itemscores meerwaarde ten opzichte van de HONOS 65+-totaalscore?

Aangezien angst- en depressieve stoornissen relatief goed behandelbare aandoeningen zijn, was onze verwachting dat patiënten met deze aandoeningen ook de meeste verbetering op de HONOS 65+ zouden laten zien. Bovendien vermoedden we dat vooral de items van de HONOS 65+ die over psychische problematiek gaan, verbetering zouden laten zien.

METHODE

Het huidige onderzoek betrof een prospectief cohortonderzoek, beschreven conform het STROBE-statement (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*, von Elm e.a. 2008). We maakten gebruik van data van patiënten van de SynQuest-instellingen die in het kader van de reguliere zorg werden vastgelegd in zorgregistratiesystemen. Binnen SynQuest cv werken 10 van de in totaal 35 geïntegreerde ggz-instellingen samen (9 ten tijde van de dataverzameling) om de verdere ontwikkeling en implementatie van ROM te stimuleren en faciliteren. Het betreft Dimence Groep, Emergis, GGZ Breburg, GGZ Delfland, GGZ inGeest, GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Rivierduinen, Mondriaan, Reinier van Arkel Groep en Yulius. In 2012 is de werkgroep onderzoek van SynQuest gestart met een gezamenlijke databewerking van de deelnemende ggz-instellingen op geaggregeerd niveau bij verschillende doelgroepen. Patiënten in de ouderpsychiatrie vormen daarbij één van die doelgroepen.

AUTEURS

MARLEEN HERMENS, senior onderzoeker, GGZ inGeest en afd. Psychiatrie, Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut, VU medisch centrum, Amsterdam.

ANNET NUGTER, senior onderzoeker, hoofd afd. Onderzoek en Monitoring, GGZ Noord-Holland-Noord, Heerhugowaard.

NANDA MOOIJ, datamanager, afd. Onderzoek & Innovatie, GGZ inGeest, Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut, VU medisch centrum, Amsterdam.

ADRIAAN HOOGENDOORN, statisticus en senior onderzoeker, GGZ inGeest, en afd. Psychiatrie, Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut, VU medisch centrum, Amsterdam.

GABRIËLLE VAN SON, senior onderzoeker, afd. Zorg en Kwaliteit, GGZ Rivierduinen, Leiden.

SYLVANA ROBBERS, senior onderzoeker, Yulius Academie, Yulius voor Geestelijke Gezondheid, Barendrecht.

MONIQUE VAN BUEREN, senior beleidsadviseur Zorg en Kwaliteit, GGZ Rivierduinen en coördinator van het samenwerkingsverband SynQuest.

AARTJAN BEEKMAN, hoofd afd. Psychiatrie, GGZ inGeest, Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut, VU medisch centrum, en lid raad van bestuur, GGZ inGeest, Amsterdam.

JAN THEUNISSEN, senior onderzoeker, GGZ inGeest en afd. Psychiatrie, Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut, VU medisch centrum, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. M.L.M. Hermens, GGZ inGeest, Postbus 74.077, 1070 BB Amsterdam.

E-mail: M.Hermens@ggzingeest.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-4-2017.

Patiënten ontvingen de gebruikelijke zorg. Bij de analyses en rapportage werd de privacy van patiënten beschermd in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving. De analyses in dit onderzoek leveren een bijdrage aan de kwaliteit van zorg in de instellingen waar de data zijn verkregen en de ggz in het algemeen. Dergelijk onderzoek valt niet onder de Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek met mensen (wmo); medisch-ethische toetsing was daarom niet nodig.

Doelgroep

De doelgroep van dit onderzoek waren patiënten vanaf 60 jaar in de ouderenpsychiatrie met als hoofddiagnose een angststoornis, een stemmingsstoornis (exclusief de diagnose bipolaire stoornis), schizofrenie of een andere psychotische stoornis, een persoonlijkheidsstoornis of een aan middelen gebonden stoornis. Patiënten met als hoofddiagnose cognitieve stoornissen werden in dit onderzoek niet meegenomen omdat het een ander type stoornis met een ander beloop betreft. Patiënten moesten een afgeronde ambulante en/of klinische behandeling hebben ontvangen; de behandeling mocht niet alleen maar bestaan uit intake- of crisiscontacten. Daarnaast moest de behandeling op reguliere wijze zijn afgesloten (dat wil zeggen: er mocht geen sprake zijn geweest van wegblijven van de patiënt en bij beëindiging van de behandeling mocht geen sprake zijn van een in- of externe overplaatsing). Het betrof patiënten bij wie de behandeling was beëindigd tussen 1 januari 2012 en 31 maart 2014.

Onder een behandeling verstonden wij een zorgtraject bestaande uit een of meerdere aaneengesloten diagnose-behandelcombinaties (DBC's) voor één bepaalde diagnose. Om veranderingen in functioneren te kunnen onderzoeken, was een meting op de HONOS 65+ aan het begin en aan het einde van de behandeling noodzakelijk. Scores op de HONOS 65+ waren geldig als ze binnen de marge van drie maanden voor of na het eerste en laatste face-to-facecontact vastgesteld waren.

HoNOS 65+

De HONOS 65+ (12 items, 5-puntslikertschaal) brengt het psychisch, functioneel, sociaal/maatschappelijk en somatisch functioneren van patiënten gedurende een afgesloten tijdsperiode in kaart (Burns e.a. 1999; Staring e.a. 2003). Het instrument is, gezien de psychometrische en praktische kenmerken, geschikt bevonden voor ROM (Mulder e.a. 2004; Pirkis e.a. 2005). De HONOS 65+ is een vragenlijst waarbij de clinicus (verpleegkundige, arts, psycholoog of psychiater) een beoordeling van het functioneren per item geeft. Voor elk item kiest de beoordelaar het ernstigste probleem dat eronder valt, en bepaalt op basis van dit probleem de itemscore: geen probleem (0), gering probleem – vereist geen actie (1), licht probleem, maar duidelijk aanwezig (2), matig probleem (3), ernstig probleem (4). De HONOS 65+ is gevoelig voor veranderingen (Aartsen e.a. 2010; Gee e.a. 2010).

Procedure

Aan de deelnemende SynQuest-instellingen werd gevraagd data versleuteld aan te leveren volgens een vastgesteld format. Naast de ROM-gegevens vroegen we naar demogra-

fische variabelen (seks, geboortjaar en geboorteland), procesvariabelen (start van de behandeling al dan niet in de kliniek, het aantal behandelcontacten en datumvariabelen waarmee de wachttijd tussen de intake en de start van de behandeling en de behandelduur berekend kon worden) en klinische gegevens (DSM-classificatie en de score op de *Global Assessment of Functioning* (GAF)).

Statistische analyse

Verschillen in kenmerken tussen patiënten met een begin- en eindmeting op de HONOS 65+ en patiënten bij wie een of meer metingen ontbraken, werden geanalyseerd met een T-toets voor de continue variabelen en met de χ^2 -toets bij categorische variabelen.

De HONOS 65+-totaalscore werd bepaald door het gemiddelde van de 12 itemscores te berekenen. Van maximaal 2 items mocht een waarde ontbreken ('*person-mean imputation*'), anders werd de totaalscore als missend beschouwd. Een eenwegvariantieanalyse (ANOVA) met een post-hocanalyse met bonferronicorrectie werd uitgevoerd om te toetsen of de hoogte van de HONOS 65+-beginscore tussen de diagnosegroepen statistisch significant verschilde ($p < 0,001$). Verbeteringen in functioneren werden nagegaan voor alle patiënten samen en met onderscheid naar de vijf diagnostische categorieën. Om de verandering in functioneren in kaart te brengen werden de gemiddelde (M) totaal- en itemscores op de HONOS 65+ en de standaarddeviaties (SD) berekend van de begin- en eindmeting. Om verschillen te toetsen op de totaalscores tussen begin- en eindmeting werd de T-toets voor gepaarde metingen gebruikt.

Voor de interpretatie van de individuele items hanteerden wij een score van 2 (licht probleem, maar duidelijk aanwezig) of hoger als problematische score. Op basis hiervan werd per item de proportie patiënten bepaald met een problematische score bij het begin en het einde van de behandeling.

Daarnaast werden effectgroottes berekend (*within-group effects sizes*; ES) om uitdrukking te geven aan de mate van verandering op de totaal- en itemscores. De ES op de HONOS 65+ werd berekend als $(M_{\text{begin}} - M_{\text{eind}})/\text{SQRT}((SD_{\text{begin}})^2 + (SD_{\text{eind}})^2)/2$ (Cummings 2013, p. 290-3), het verschil tussen de gemiddelde begin- en eindmeting gedeeld door de gepoolde standaarddeviaties van de begin- en eindmeting. De ES werd berekend voor de itemscores en de totaalscores bij patiënten met een begin- en eindmeting, zowel voor de diagnostische categorieën separaat als voor alle patiënten tezamen. Een positieve ES geeft een verbetering weer, en een negatieve ES een verslechtering. Een ES van 0 tot 0,3 wordt als klein beschouwd, een ES vanaf 0,3 tot 0,6 als matig en een ES vanaf 0,6 als groot (Lipsey 1990).

Bij het toetsen van de *within-groep* effecten hielden we rekening met de *multi-level* structuur omdat patiënten afkomstig waren van 9 instellingen. Een regressiemodel voor de verandering waarbij de instelling als *fixed factor* meegenomen was, leverde geen andere *es* en slechts licht afwijkende *p*-waarden op ten opzichte van de ongecorrigeerde analyse. Daarnaast hielden we rekening met het probleem van *multiple testing* door een aangepaste onbetrouwbaarheidsdrempel te hanteren. Aangezien voor 5 diagnosegroepen de veranderingen in scores van 12 items getoetst werden, pasten wij een bonferronicorrectie toe die leidde tot een gecorrigeerde onbetrouwbaarheidsdrempel van $(0,05/60 =) 0,00083$.

De data-analyse werd uitgevoerd met SPSS versie 20.0 voor Windows. Het aantal patiënten dat in de analyse meegenomen werd, kon afwijken van het totale aantal patiënten omdat de score op een of twee items kon ontbreken.

RESULTATEN

Representativiteit

In totaal behoorden 4470 patiënten tot de doelgroep van ons onderzoek. Het aantal patiënten met een geldige begin- én eindmeting was 1810; zij vormden de onderzoeksgroep. Bij respectievelijk 1,8% en 8% van deze patiënten misten maximaal twee itemscores van de HoNOS 65+.

In **TABEL 1** staat een overzicht van de kenmerken van de patiënten in de doelgroep en de onderzoeksgroep. De gemiddelde leeftijd in de onderzoeksgroep bedroeg 75 jaar (uiteersten: 60-101) en 67% was vrouw.

De patiënten met en zonder complete HoNOS 65+-metingen bleken op een aantal variabelen te verschillen: patiënten in de onderzoeksgroep hadden vaker een angst- of stemmingsstoornis en hadden een kortere wachttijd tussen de intake en de start van de behandeling dan patiënten in de

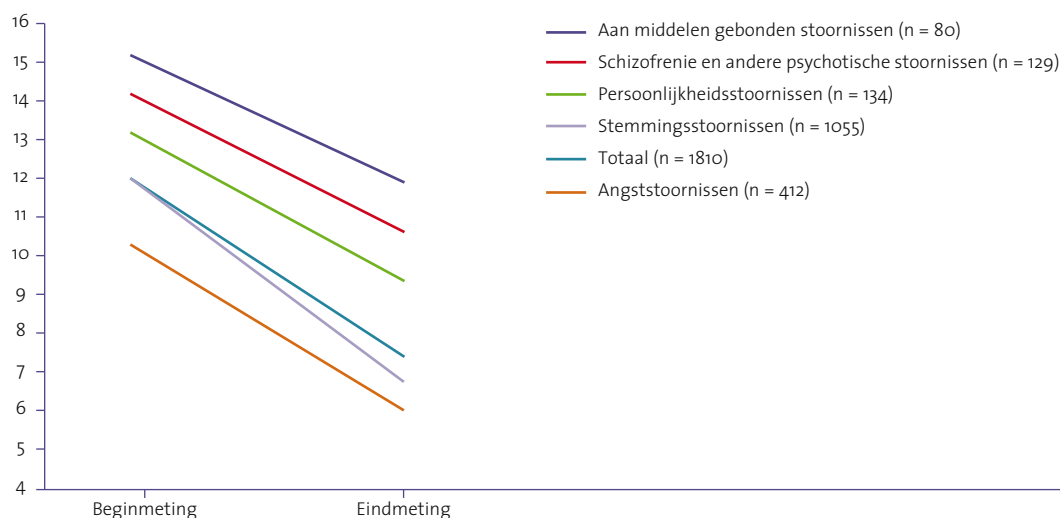
TABEL 1 Kenmerken van de onderzoeksgroep met een begin- en eindmeting en de doelgroep

	Onderzoeksgroep (n = 1810)	Doelgroep (n = 4770)	Toetsingsgrootheid voor gelijkheid*	Overschrijdingskans (p-waarde)	
			t	χ^2	
Gem. leeftijd (SD)	74,7 (8,2)	74,6 (8,2)	-0,66		0,507
Sekse (% vrouw)	66,8	66,9		0,02	0,888
In Nederland geboren (%)				0,94	0,333
ja	76,7	77,2			
nee	4,9	5,3			
onbekend	18,5	17,5			
Hoofddiagnose (%)				48,25	0,000 [#]
Stemmingsstoornis (excl. bipolaire stoornis)	58,3	56,9			
Angststoornis	22,8	19,4			
Schizofrenie, psychotische stoornissen	7,1	9,8			
Persoonlijkheidsstoornis	7,4	9,0			
Aan middelen gebonden stoornis	4,4	4,9			
Diagnose as III (% aanwezig)	71,9	70,4		2,87	0,090
Diagnose as IV (% aanwezig)	83,9	82,7		2,93	0,087
Gem. HoNOS 65+-begintotaalscore (SD)	12,0 (5,8)	12,2 (5,9)	2,34		0,019
Gem. GAF-score (SD)	54,8 (10,6)	54,7 (11,4)	-0,54		0,592
Begin behandeling in kliniek (%)	3,8	5,7		19,38	0,000 [#]
Gem. behandelduur in jaren (SD)	0,8 (0,8)	1,4 (1,7)	23,37		0,000 [#]
Gem. wachttijd na intake in maanden (SD)	1,1 (1,1)	1,2 (1,6)	4,47		0,000 [#]
Gem. aantal behandelcontacten (SD)	26,3 (60,9)	42,3 (103,1)	9,70		0,000 [#]

*Gelijkheid van percentages en gemiddelden werden getoetst tussen de groep patiënten in de doelgroep met (n = 1810, de onderzoeksgroep) versus de groep patiënten in de doelgroep zonder complete metingen (n = 2960) met respectievelijk de χ^2 (χ^2 -toets voor percentages) of t (t-toets voor gemiddelden).

[#]p < 0,001.

FIGUUR 1 Het beloop van de ernst van de problemen voor de totale groep patiënten (n = 2170) en naar diagnostische categorie



De begin- en eindpunten geven het gemiddelde op de HoNOS 65+-totaalscore aan op de begin- en eindmeting

doelgroep. Daarnaast waren er grote verschillen in het aantal behandelcontacten (minder in de onderzoeksgroep), de behandelduur (korter in de onderzoeksgroep) en de locatie waar de behandeling gestart was (bij de onderzoeksgroep minder vaak in de kliniek).

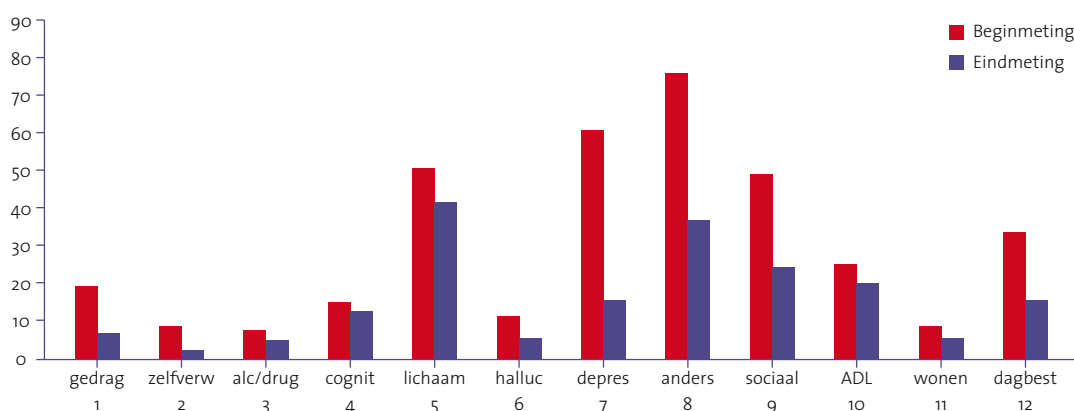
Verandering in totaalscores op de HoNOS 65+

FIGUUR 1 toont de gemiddelde totaalscore op de HoNOS 65+ op de begin- en eindmeting voor de hele onderzoeksgroep en voor elk van de vijf diagnostische categorieën. De beginmeting verschilde significant tussen de diagnosegroepen ($F(4,1805) = 23,5; p < 0,001$). Uit de post-hocanalyse bleek dat patiënten met angststoornissen, na bonferroni-correctie, significant lagere HoNOS 65+-totaalscores hadden dan alle andere categorieën. Patiënten met stemmings-

stoornissen hadden significant lagere scores dan patiënten met een aan middelen gebonden stoornis en patiënten met schizofrenie en andere psychotische stoornissen. Alle diagnosegroepen vertoonden een statistisch significante afname in de totale HoNOS 65+-scores ($p < 0,001$) ten opzichte van de beginmeting.

Vergelijkbare uitkomsten werden gevonden als we naar de ES voor de totale HoNOS 65+-score keken (**TABEL 2**). Voor alle patiënten samen werd een groot behandel effect gevonden ($ES = 0,8$). Voor patiënten met een stemmingsstoornis was de ES voor de totale HoNOS 65+-score het grootst ($ES = 1,0$), gevolgd door patiënten met angststoornissen ($ES = 0,8$) en voor patiënten met een aan middelen gebonden stoornis of een psychotische stoornis was deze het kleinst ($ES = 0,5$).

FIGUUR 2 Percentage patiënten met een itemscore van 2 of hoger bij de begin- en de eindmeting



TABEL 2 Effectgrootte voor de verandering in itemscores en in de totaalscore tussen de begin- en eindmeting, voor de totale groep en onderverdeeld naar de diagnostische categorieën

HoNOS 65+	Stemmingsstoornis (n = 1055)	Angststoornis (n = 412)	Persoonlijkheidsstoornis (n = 134)	Psychotische stoornis (n = 129)	Middelenafhankelijkheid (n = 80)	Totaal (n = 1810)
Item 1. Gedragsstoornissen	0,4*	0,4*	0,4*	0,4*	0,4	0,4*
Item 2. Opzettelijke zelfverwonding	0,5*	0,3*	0,5*	0,2	0,2	0,4*
Item 3. Problemen met alcohol- of drugsgebruik	0,1*	0,1	0,2	0,1	0,5*	0,1*
Item 4. Cognitieve problemen	0,1*	0,1	0,0	-0,1	0,1	0,1*
Item 5. Problemen die verband houden met lichamelijke ziekte of handicap	0,2*	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2*
Item 6. Problemen die gepaard gaan met hallucinaties en/of wanen	0,2*	0,1	0,2	0,9*	0,2	0,2*
Item 7. Problemen met depressieve symptomen	1,5*	0,9*	0,6*	0,5*	0,4*	1,1*
Item 8. Andere geestelijke en gedragsproblemen	0,9*	1,3*	0,8*	0,6*	0,3	0,9*
Item 9. Problemen met sociale of ondersteunende relaties	0,6*	0,5*	0,6*	0,5*	0,3	0,6*
Item 10. Problemen met activiteiten in het alledaagse leven	0,2*	0,2*	0,1	-0,0	0,1	0,1*
Item 11. Algemene problemen met woonomstandigheden	0,2*	0,2*	0,2	0,1	-0,1	0,2*
Item 12. Problemen met werk en vrije tijdsbesteding – kwaliteit van daginvulling	0,6*	0,5*	0,4*	0,1	0,1	0,5*
Totaalscore	1,0*	0,8*	0,6*	0,5*	0,5*	0,8*

*p < 0,00083

Blauwe ondergrondkleur (ES ≥ 0,6); paarsige ondergrondkleur (0,3 < ES < 0,6); lichte ondergrondkleur (0 < ES < 0,3).

Verandering in HoNOS 65+-itemscores

FIGUUR 2 laat aan de hand van staafdiagrammen het percentage patiënten zien bij de begin- en de eindmeting met een score van 2 of meer op de individuele items. Relatief veel (≥ 40%) patiënten hadden op de beginmeting een score van 2 of meer op lichamelijke problemen (item 5), depressieve problemen (item 7), andere geestelijke en gedragsproblemen (item 8) en sociale problemen (item 9). Op de eindmeting scoorde alleen meer dan 40% van de patiënten problematisch op lichamelijke problemen (item 5).

FIGUUR 3 laat de proportie zien van patiënten die verbeter-

den, verslechterden of stabiel bleven. Het hoogste percentage verbeterde patiënten was te zien bij items 7, 8 en 9, terwijl op item 5 relatief veel patiënten stabiel hoog (problematisch) scoorden. Op de meeste items, 8 van de 12, scoorde > 50% van de patiënten onproblematisch op de begin- en eindmeting; zij scoorden stabiel laag.

TABEL 2 toont per diagnostische categorie bij welke HoNOS 65+-items veel of juist weinig verbetering plaatsvond tijdens de behandeling. Ouderen met een stemmingsstoornis lieten op relatief veel items grote verbeteringen zien (een matige tot grote ES). Alle diagnosegroepen hadden een

TABEL 3 Problemen bij de eindmeting, per diagnosegroep

Diagnosegroep	Problemen*
Stemmingsstoornissen exclusief bipolaire stoornissen	5. Lichaam
Angststoornissen	8. Anders
Persoonlijkheidsstoornissen	5. Lichaam
	8. Anders
	9. Sociaal
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	5. Lichaam
	6. Hallucinaties
	8. Anders
Aan middelen gebonden stoornissen	3. Alcohol/drugs
	5. Lichaam
	8. Anders
	9. Sociaal
	10. ADL
Alle diagnoses	5. Lichaam

*Bij de eindmeting had $\geq 40\%$ van de patiënten een score ≥ 2 op dit item.

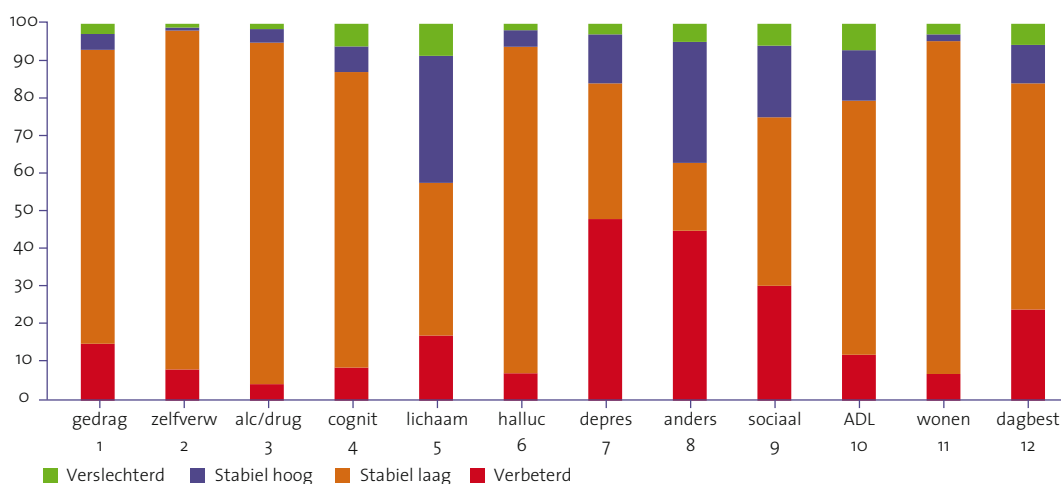
matige tot grote ES voor gedragsproblemen (item 1), depressieve problemen (item 7), andere geestelijke en gedragsproblemen (item 8), en problemen met sociale relaties (item 9). Kleine verbeteringen, en soms zelfs verslechtingen, werden behaald voor cognitieve problemen (item 4), problemen met ADL-activiteiten (item 10) en problemen met woonomstandigheden (item 11).

Uit **TABEL 2** blijkt tevens dat patiënten vooral een grote ES behaalden op de items die kenmerkend zijn voor de problemen behorend bij hun diagnostische categorie. Patiënten met een angststoornis kregen gedurende de behandeling minder andere geestelijke en gedragsproblemen (item 8, ES = 1,3), waarop angst, paniek en obsessieve-compulsieve problemen gescoord worden. Patiënten met een stemmingsstoornis kregen vooral minder depressieve problemen (item 7, ES = 1,5), patiënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis behaalden de meeste verbetering met problemen met hallucinaties en/of wanen (item 6, ES = 0,9) en patiënten met een aan middelen gebonden stoornis kregen vooral minder problemen met alcohol- of drugsgebruik (item 3, ES = 0,5).

Ondanks de verbeteringen die optraden, waren er bij het beëindigen van de behandeling nog veel patiënten met een problematische score op een of meer items (zie **TABEL 3** en **FIGUUR 2**). Met name problemen met lichamelijke ziekte of handicap (item 5) persisterden. Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, psychotische stoornis of een aan middelen gebonden stoornis ging het om 3 tot 5 items waarop $\geq 40\%$ van de patiënten problematisch scoorde aan het eind van de behandeling; bij patiënten met angst- of stemmingsstoornissen betrof het 1 item.

DISCUSSIE

Uit dit observationele cohortonderzoek met ROM-gegevens van 1810 patiënten uit de ouderenpsychiatrie bleek dat het psychisch en sociaal/maatschappelijk functioneren van de onderzochte patiënten aan einde van de behandeling gemiddeld genomen verbeterd was. Zowel op de totaalsco-

FIGUUR 3 Percentage patiënten dat verbeterde, verslechterde of stabiel bleef

Verbeterd: score beginmeting ≥ 2 en eindmeting < 2 ; stabiel hoog: score begin- en eindmeting ≥ 2 ; verslechterd: score beginmeting < 2 en eindmeting ≥ 2 ; stabiel laag: score begin- en eindmeting < 2 .

res van de HONOS 65+ als op de 12 itemscores blijken zij tussen de begin- en eindmeting vooruitgegaan. Dit is belangrijke kennis voor de klinische praktijk omdat er nog maar weinig observationeel onderzoek heeft plaatsgevonden in de ouderenpsychiatrie (Broersma & Sytma 2010; Nugter e.a. 2012; Veerbeek e.a. 2014) en onderbehandeling van ouderen veel voorkomt (Hendriks 2009, p. 11-26).

De verbeteringen werden gevonden voor alle vijf de onderzochte diagnostische groepen: voor patiënten met stemmingsstoornissen (exclusief bipolaire stoornissen), angststoornissen, schizofrenie of andere psychotische stoornissen, aan middelen gebonden stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen. Patiënten met angst- of stemmingsstoornissen hadden bij de beginmeting de laagste HONOS 65+ scores en gingen het meest vooruit tijdens de behandeling, uitgedrukt in de effectgroottes. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen of aan middelen gebonden stoornissen functioneerden bij het begin minder goed, de mate van verbetering was kleiner en ze hadden bij de eindmeting nog steeds op diverse gebieden problematische itemscores.

Scores op afzonderlijke items

De scores op de individuele items blijken informatief te zijn, zoals ook Veerbeek e.a. (2013) aangeven. Patiënten lieten de meeste verbetering zien op de items die kenmerkend zijn voor hun diagnose: bijvoorbeeld patiënten met een stemmingsstoornis bij het item over depressieve problemen en degenen met schizofrenie of een psychotische stoornis bij het item over hallucinaties. Op specifieke gebieden is er vooruitgang: met name op gedragsproblemen, depressieve problemen, andere geestelijke en gedragsproblemen en problemen met sociale of ondersteunende relaties. Hier behaalden alle diagnostische groepen matige tot grote effecten.

Echter, er zijn ook items waarbij alles samengenomen weinig verbetering optrad, te weten cognitieve problemen (item 4), problemen vanwege lichamelijke ziekte of handicap (item 5), problemen met ADL-activiteiten (item 10) en algemene problemen met woonomstandigheden (item 11). Het is de vraag wat het belang is van deze items bij de evaluatie van de voortgang tijdens de behandeling. Enerzijds hangt depressie op latere leeftijd vaak samen met lichamelijke beperkingen en afname van cognitieve vaardigheden (Comijs e.a. 2001), anderzijds kunnen deze problemen ook te maken hebben met de leeftijdsfase van ouderen.

Dit roept de vraag op of deze problemen wel tot de primaire focus van de ggz-behandeling zouden moeten horen.

FIGUUR 3 laat zien dat patiënten op item 5 en 10, vergeleken met de andere items, relatief vaak problematisch scoren op zowel de begin- als de eindmeting. Op deze items is ook

relatief vaak sprake van verslechtering, waarbij patiënten bij de beginmeting niet problematisch scoren en wel op de eindmeting.

Item 11 vormt een apart item omdat weinig patiënten problemen ervaren met wonen en er weinig verandering in optreedt. Omdat item 5, 10 en 11 geen ggz-problematiek meten en samen kunnen hangen met de levensfase is het de vraag of ze voor ROM-doeleinden even relevant zijn als de andere items.

Item 8 (andere geestelijke of gedragsproblemen) neemt een aparte positie in binnen de HONOS 65+. Het betreft een item waar meerdere problemen onder vallen. Daardoor werd er sneller een probleem gescoord, gezien de relatief hoge proportie patiënten met een problematische score op de begin- en eindmeting voor dit item. Welk probleem van de tien problemen die onder item 8 vallen, gescoord is, is met de huidige scoringswijze onduidelijk, omdat telkens het hoogst scorende probleem ten tijde van dat meetmoment wordt meegenomen. Dat maakt door de tijd heen de interpretatie lastig. Dit kan verholpen worden door het item uit te splitsen en alle problemen die eronder vallen apart te scoren.

Sterke en zwakke kanten

Dit onderzoek had een aantal sterke en zwakke kanten. Een kracht van observationele onderzoeken is dat ze informatie verstrekken over de dagelijkse klinische praktijk. Voor het onderzoek konden wij gebruikmaken van een grote database van patiëntengegevens afkomstig uit 9 SynQuest-ggz-instellingen. Er is geen reden om aan te nemen dat deze geïntegreerde ggz-instellingen niet representatief zijn voor alle geïntegreerde ggz-instellingen in Nederland. Bovendien vonden we binnen deze data geen aanwijzingen voor variatie in behandeluitkomsten tussen instellingen. De gegevens van ruim 1810 patiënten konden geanalyseerd worden; patiënten met alle variatie zoals die in de klinische praktijk gezien worden.

Verbeek e.a. (2014) voerden een observationeel onderzoek uit naar het psychisch en sociaal functioneren onder ruim 700 patiënten in de ouderenpsychiatrie in Nederland en toonden aan dat ongeveer 60% van de patiënten substantieel verbetert. De ES voor de totale groep patiënten was 1,1 en voor patiënten met een depressieve stoornis 1,2. Ons onderzoek bevestigt deze resultaten, maar biedt een completer beeld doordat meer diagnosegroepen meegenomen zijn en wij zowel de totaalscores van de HONOS 65+ als de itemscores onderzochten.

Echter, er is voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de uitkomsten. Het betrof een beloopstudie zonder controlegroep of randomisatie, en een oorzakelijk verband tussen de verleende zorg en de resultaten kan met deze onderzoeksopzet niet worden vastgesteld. Hypothetisch

zouden de problemen die patiënten hadden ook bijvoorbeeld in de tijd in sterkte kunnen afnemen door spontane verbetering, maar het is niet waarschijnlijk dat dit meer dan een klein deel van de gevonden verbeteringen verklaart. De meta-analyse van Huang e.a. (2015) naar psychotherapie bij ouderen met een depressieve stoornis laat zien dat patiënten in de wachtlijstcontrolegroep, een conditie die een indruk geeft van spontaan herstel, slechts minimale effecten behaalden (*within standardised mean difference* (SMD) van 0,1). Daarbij is het goed om de selectiecriteria van onze doelgroep en de representativiteit van de onderzoeksgroep ten opzichte van de doelgroep nogmaals onder de aandacht te brengen. Onze studie geeft de veranderingen in functioneren weer van patiënten met een afgeronde behandeling. Voor patiënten die wegbleven, alleen crisiscontacten kregen of doorverwezen werden, is het voorstelbaar dat de behandeluitkomsten anders zijn. Doordat we alleen van patiënten met complete metingen de mate van verbetering konden onderzoeken, waren patiënten die lang in zorg waren, ondervertegenwoordigd (ROM was jaren geleden minder goed geïmplementeerd dan nu). Het is aannemelijk dat de resultaten voor deze laatste groep bescheidener zijn (Kortrijk e.a. 2012) en dat dit vooral patiënten met een persoonlijkheidsstoornis of een psychotische stoornis betrof, omdat die ook ondervertegenwoordigd waren in de onderzoeksgroep. Voor een goede betrouwbaarheid van de beoordeling met de HoNOS 65+ is training noodzakelijk, maar de vraag is of deze overal regelmatig wordt herhaald. Ook kan de

betrouwbaarheid beperkt worden als de behandelaar vanuit eigen belang het instrument wenselijk invult, maar in welke mate dit een rol heeft gespeeld, is onbekend. Een belangrijk voordeel van een beoordelingsinstrument ten opzichte van een zelfinvullijst is dat de behandelaar actief betrokken wordt bij het gebruik van meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk (Buwalda e.a. 2011).

CONCLUSIE

Dit onderzoek laat zien dat ouderen met een afgeronde behandeling in de ouderenpsychiatrie substantieel verbeteren en dat ROM-gegevens nuttig kunnen zijn om te weten hoe het met patiënten in de klinische praktijk gaat. Dit biedt een hoopvol perspectief voor patiënten die hulp zoeken voor hun psychische problemen, en voor hun behandelaars in geïntegreerde ggz-instellingen. Inzicht in de behandeluitkomst kan helpen een betere inschatting te maken van het te behalen behandelresultaat.

Het beschouwen van de HoNOS 65+-itemscores is een waardevolle toevoeging op de soms eenzijdige focus op totaalscores. Patiënten verbeteren niet op alle gebieden evenredig, maar op sommige items veel en op andere weinig, mede afhankelijk van hun diagnose. Wij bevelen aan om, mede op grond van de HoNOS 65+-itemscores, samen met de patiënt behandeldoelen te bepalen en met de itemscores het behandelresultaat te monitoren en te evalueren.

 SynQuest heeft dit onderzoek mede mogelijk gemaakt.

LITERATUUR

- Aartsen MJ, Spitsbaard AK, Baarsen C van, Dhondt ADF, Mascini M, Nefs A, e.a. Een multicenterstudie naar betrouwbaarheid, validiteit en gevoeligheid voor verandering van de HoNOS 65+ binnen de gerontopsychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 8: 543-53.
- Broersma TW, Sytema S. De Health of the Nation Outcome Scale als effectmaat in de gerontopsychiatrie. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2010; 41: 13-8.
- Burns A, Beevor A, Lelliott P, Wing J, Blakey A, Orrell M, e.a. Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+). *Br J Psychiatry* 1999; 174: 424-7.
- Buwalda VJA, Nugter MA, Swinkels JA, Mulder CL. Gebruik van meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk. In: Buwalda VJA, Nugter MA, Swinkels JA, Mulder CL, red. *Praktijkboek ROM in de GGZ; een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten*. Utrecht: de Tijdstroom; 2011.
- Comijs HC, Jonker C, Beekman ATF, Deeg DJH. The association between depressive symptoms and cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 361-7.
- Cummings G. Understanding the new statistics. Effect sizes, confidence intervals, and meta-analysis. New York: Routledge; 2013.
- Elm E von, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* 2008; 61: 344-9.
- Gee SB, Croucher MJ, Beveridge J. Measuring outcomes in mental health services for older people: an evaluation of the health of the nation outcome scales for elderly people (HoNOS65+). *International Journal of Disability, Development and Education* 2010; 2: 155-74.
- Hendriks GJ. Studies on the treatment of late-life anxiety and late-life panic disorder. [Proefschrift]. Amsterdam: Boom; 2009.
- Kortrijk HE, Mulder CL, Drukker M, Wiersma D, Duivenvoorden HJ. Duration of assertive community treatment and the interpretation of routine outcome data. *Aust N Z J Psychiatry* 2012; 46: 240-8.
- Lipsey MW. Design sensitivity: statistical power for experimental research. Newbury Park: Sage; 1990.
- Mulder CL, Staring ABP, Loos J, Buwalda VJA, Kuijpers D, Sytema S, e.a. De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assess-

- ment'. Tijdschr Psychiatr 2004; 46: 273-84.
- Nugter MA, Buwalda VJA, Dhondt ADF, Draisma S. Gebruik van de HoNOS bij de behandeling van patiënten. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 153-9.
- Pirkis JE, Burgess PM, Kirk PK, Dodson S, Coombs TJ, Williamson MK. A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures. Health Qual Life Outcomes 2005; 3: 76.
- Staring T, Stobbe J, Mulder N. Verklarende tabellen te gebruiken bij de HoNOS 65+. Enkele richtlijnen om in gedachten te houden. 2003. <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/honos65dutch.pdf>.
- Veerbeek MA, Oude Voshaar RC Pot AM. Psychometric properties of the Dutch version of the Health of the Nation Outcome Scales for older adults (HoNOS 65+) in daily care. Int J Nurs Stud 2013; 12: 1711-9.
- Veerbeek MA, Oude Voshaar RC, Pot AM. Effectiveness and predictors of outcome in routine out-patient mental health care for older adults. Int Psychogeriatr 2014; 23: 1-10.
- Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. Br J Psychiatry 1998; 172: 11-8.

SUMMARY

ROM for the elderly: a prospective cohort study of the outcomes on the HoNOS 65+ in various diagnostic groups

M.L.M. HERMENS, M.A. NUGTER, N. MOOIJ, A.W. HOOGENDOORN, G.E. VAN SON, S. ROBBERS, M.M. VAN BUEREN, A.T.F. BEEKMAN, J. THEUNISSEN

BACKGROUND Routine outcome monitoring (ROM) provides us with opportunities to study treatment outcome in daily clinical practice and to learn from the results.

AIM To assess the changes that occur in the psychological and social functioning of patients in geriatric psychiatry who are suffering from substance dependence, mood disorder, anxiety disorder, psychotic disorder, or personality disorder.

METHOD We analysed data relating to 1,810 patients (aged 60-101) from nine mental health care organisations that together form SynQuest cv. The total scores and item scores on the Health of the Nation Outcome Scales for older people (HoNOS 65+) at the beginning and end of treatment were also analysed and were linked to the diagnosis.

RESULTS Patients improved significantly ($\epsilon_s=0.8$). The degree of improvement depended on the patient's principal diagnosis; patients with a mood or anxiety disorder improved the most ($\epsilon_s=1.0$ and 0.8). The degree of improvement varied per HoNOS 65+ item. In particular, patients with 'depressive problems' and 'other mental and behavioral problems' showed considerable improvement.

CONCLUSION Many older patients benefited from the treatment they received in gerontopsychiatry departments. This helps to give elderly patients with psychiatric disorders hope for the future. The scores on the individual items of the HoNOS 65+ can help clinicians to tailor treatment to the patient's specific problems and to monitor and evaluate treatment outcome in conjunction with the patient.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)8, 456-465

KEY WORDS elderly, mental health care, ROM, routine outcome monitoring, treatment outcomes