

Regionale Zorgmonitor

Voorstel voor de metingen in de pilot

Augustus 2005
Werkgroep RZM Inhoud

Bea Tiemens (voorzitter) Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering
Miriam Kampman, GGZ-Nijmegen
Cees Kan, Universitair Medisch Centrum, St. Radboud
Sylvia Pol, Spatie
Jan Spijker, de Gelderse Roos

1. Inleiding

Deze rapportage betreft een voorstel voor de metingen in de pilot voor de Regionale Zorgmonitor (RZM). Omdat het om een pilot gaat zijn we uitgegaan van een minimale variant waarmee toch zicht kan worden gekregen op de uitvoerbaarheid van de RZM. Hierbij hebben twee zorginhoudelijke vragen centraal gestaan:

1. Welke informatie is zinvol als *eerste stap* in een behandelproces.
2. Welke informatie is zinvol voor het monitoren van het behandelproces.

Vanuit deze twee vragen hebben we vijf instrumenten geselecteerd, in totaal 225 items, voor de intake, waarvan drie, samen 79 items, ook gebruikt worden voor het volgen van het behandelresultaat.

Hierna beschrijven we verder de pilotpopulatie, de meetmomenten en de gekozen instrumenten met de afwegingen erbij.

2. Populatie

We hebben gekozen voor een reguliere voordeurpopulatie. Belangrijkste argument hierbij is dat zo de bereikbaarheid en respons van een brede groep cliënten onderzocht kan worden (zie ook paragraaf 4 over de internetdichtheid in de literatuurstudie). Het tweede argument is van praktische aard, namelijk dat zo vrij snel een redelijk grote steekproef geïncludeerd kan worden. Het streven is in de pilot 100-150 cliënten te includeren. Dit lijkt haalbaar in een pilotomgeving en is tevens voldoende om te kunnen differentiëren naar bijvoorbeeld leeftijdsgroepen of diagnostische groepen.

3. Meetmomenten

Uitgangspunt bij de keuze voor de meetmomenten was het doel te kunnen monitoren. Daarom zijn de meetmomenten gekoppeld aan het aantal behandelgesprekken en zullen plaatsvinden:

- na aanmelding, voor de intake
- na elke 5 behandelgesprekken
- bij afsluiting van de behandeling.

4. Instrumenten

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de instrumenten. Hierna worden de instrumenten nader beschreven.

Inhoud	Instrument	Aantal items	Meetmoment
DSM-IV As I stoornissen	PDSQ, Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire	125	Na aanmelding
Klachten, interpersoonlijk functioneren en maatschappelijke rol	OQ-45, Outcome Questionnaire	45	Na aanmelding, en na elke 5 ^e zitting
Functionele beperkingen	WHO-DAS-12, World Health Organization Disability Assessment Schedule II-12	16	Na aanmelding, en na elke 5 ^e zitting
Non-specifieke factoren, remoralisatie	Remoralisatieschaal	18	Na aanmelding, en na elke 5 ^e zitting
Life-events	Vragenlijst Life-events	22	Na aanmelding

Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire

De PDSQ is ontwikkeld om een ambulante patiëntenpopulatie te screenen op de meest voorkomende DSM-IV As I stoornissen. De PDSQ bestaat uit 125 vragen verdeeld over 13 schalen: depressieve stoornissen, bulimia, post-traumatische stressstoornis, paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, obsessief-compulsieve stoornis, alcohol misbruik/afhankelijkheid, drugs misbruik/afhankelijkheid, somatisatie, hypochondrie en psychose. Alle schalen hebben een goede interne consistentie, betrouwbaarheid en validiteit (Zimmerman and Mattia, 2001-1). Voor een screener zijn met name ook de sensitiviteit, specificiteit, positieve en negatieve predictieve waarde van belang. Bij gemiddelde subschaalsensitiviteit van 80%, 85% en 90%, werd een gemiddelde specificiteit gevonden van respectievelijk 78%, 73% en 66%, positief predictieve waarden van 32%, 31% en 30% en negatief predictieve waarden van 95%, 96% en 97% (Zimmerman en Mattia 2001-2). In een factor-analyse werd in grote lijnen (in ieder geval voor 13 schalen) de DSM-IV structuur gereproduceerd (Sheeran en Zimmerman, 2003).

Inmiddels is er een vertaling in het Nederlands (PDSQ-NL; Arrindell, 2004), maar Nederlandse psychometrische gegevens zijn nog niet voorhanden. Aanvankelijk lag de vertaling bij een uitgever. Inmiddels niet meer, onderzocht wordt nog of de lijst nu vrij te gebruiken is of dat er kosten aan verbonden zijn.

De PDSQ is, voor zover ons bekend, de enige zelf-report vragenlijst die de hele As I bestrijkt. Het is echt een screeningsinstrument en geeft dus een indicatie voor de aanwezigheid van As I stoornissen.

Outcome Questionnaire

De OQ-45 is een vragenlijst die ontwikkeld is voor het meten van het behandelingsresultaat. De lijst heeft 45 items verdeeld over 3 dimensies: symptomatische klachten, interpersoonlijke relaties en maatschappelijk rolfunctioneren (Lambert et al. 1996). De lijst is vertaald in het Nederlands en eerste psychometrische gegevens hierover zijn recentelijk gepubliceerd (De Beurs et al. 2005). De betrouwbaarheid en validiteit zijn voldoende. In Nederland is nog niet gepubliceerd over de gevoeligheid voor verandering. In de Engelstalige versie blijken bijna alle items voldoende gevoelig voor verandering te zijn (Vermeersch et al. 2000). Voor Nederland zijn er normscores en normen voor klinische verandering beschikbaar.

De Nederlandstalige versie is via de Amerikaanse rechthebbende verkrijgbaar. **KOSTEN NOG NAKIJKEN!**

De OQ-45 begint steeds meer terrein te winnen waar het gaat om het meten van behandelresultaat. Het voordeel van de OQ-45 is dat deze niet stoornisspecifiek is en zelfs breder meet dan symptomatologie. Hoewel symptoomreductie een belangrijke uitkomst is van behandeling, is het slechts een van de doelen die in een behandeling gesteld wordt. Voor klinici is effectiviteit van hun behandeling een multidimensionele maat (Berg et al. 2001), die bijvoorbeeld ook het functioneren van de cliënt betreft in de partnerrelatie, het gezin of op het werk. De OQ-45 komt hieraan tegemoet.

World Health Organization Disability Assessment Schedule II, 12-item versie

De WHO-DAS 12 is een verkorte versie van de WHO-DAS-II. De WHO-DAS-II is een instrument voor het meten van algemene functionele en lichamelijke beperkingen gebaseerd op de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICIDH-2). De WHO-DAS 12 bevat de 12 beste items voor het meten van de zes domeinen uit de 36-item versie, te weten: communicatie, fysieke mobiliteit, zelfzorg, interpersoonlijke interacties, werk en huishouding en maatschappelijke participatie. In internationale studies werd voor de WHO-DAS II een uitstekende interne en convergente validiteit gevonden, goede gevoeligheid voor verandering (Chwastiak en VonKorff, 2003) en goede betrouwbaarheid (Ustun et al. Draft). De verkorte WHO-DAS 12 is nog niet afzonderlijk onderzocht. Deze lijst bevat 12 vragen en daarnaast nog 4 vragen naar het aantal dagen in de afgelopen maand waarin de cliënt de beperkingen heeft ondervonden.

Omdat de WHO-DAS 12 kort is, maar nog net wat concreter in het navragen van de beperking en daarnaast ook het fysieke functioneren meeneemt, is het een goede aanvulling op de OQ-45.

Remoralisatieschaal

De Remoralisatieschaal is ontwikkeld om het effect van behandeling te meten in aanvulling op het meten van symptoomreductie. Het is echter niet gericht op functioneren en beperkingen, maar op het 'moreel' van de cliënt. De vragenlijst is ontwikkeld door factor-analyse op items van zes vragenlijsten, die zijn geselecteerd op basis van de demoralisatietheorie van (Frank, 1974), te weten: State Hope Scale, Empowerment Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, General Self-Efficacy Scale, en van de Positive Outcome Scale de Optimism Subscale en de Autonomy Subscale. De uiteindelijke vragenlijst bevat 18 items, en heeft twee dimensies: zelfwaardering en hoop. De interne consistentie en betrouwbaarheid zijn goed (Vissers et al. submitted). Er zijn eerste gegevens over de gevoeligheid voor verandering in een kleine steekproef van ambulante cliënten (vergelijkbaar met de beoogde populatie voor deze pilot van de RZM). Tussen aanmelding en een follow-up na 4 maanden werd een significante verbetering gevonden, hoewel in termen van effect size maar matig, $ES=0,37$. Tussen de 4- en 9-maands follow-up vlakke de verbetering af en was niet significant. Deze sterkere verbetering aan het begin van de behandeling is wel wat werd verwacht op basis van eerder onderzoek naar remoralisatie (Howard et al. 1993).

Vanwege de nadruk die door cliënten ook steeds meer wordt gelegd op het belang van meer generieke effecten van behandeling en de toch beperkte omvang, lijkt deze lijst de uitkomstmaten voor het monitoren, met name aan het begin van de behandeling goed aan te vullen.

Vragenlijst Life Events

5. Format voor feedback

In de werkgroep is enkele malen gesproken over het format waarin de feedback wordt teruggekoppeld naar de hulpverlener. De resultaten moeten zo informatief mogelijk teruggekoppeld worden, bijvoorbeeld met vermelding van de normscores bij de OQ-45. Voor de PDSQ zal zorgvuldig gekeken moeten worden hoe de afkappunten en bijbehorende informatie zo helder mogelijk verwoord kan worden, zodanig dat duidelijk is dat het om screening gaat en dus een indicatie betreft.

Na definitieve goedkeuring door de stuurgroep van de voorgestelde instrumenten, zal een format worden ontworpen.

6. Referenties