

Marjolein Veerbeek, Richard Oude Voshaar,
Anne Margriet Pot

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction



MEMO

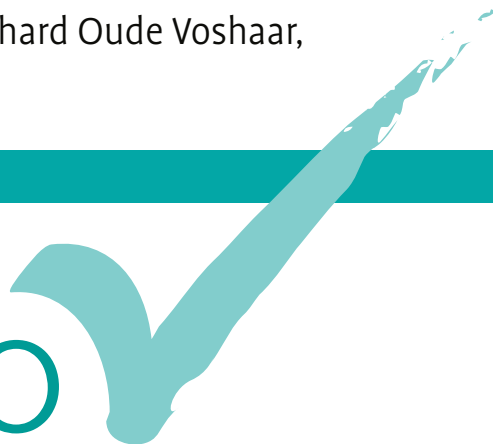
Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen

Resultaten Meetronde 1



Marjolein Veerbeek, Richard Oude Voshaar,
Anne Margriet Pot

MEMO



Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen

Resultaten Meetronde 1

Colofon

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectleiding

Prof. dr. Anne Margriet Pot

Projectuitvoering

Drs. Marjolein Veerbeek

Drs. Iris van Asch

Sarah Horjus, MSc.

Dr. Richard Oude Voshaar

Begeleidingscommissie

Dr. Ton Dhondt, ouderenpsychiater, directeur divisie Ouderenpsychiatrie (GGZ Noord-Holland Noord)

Drs. Noud Engelen, klinisch psycholoog, directeur divisie Ouderen (Mondriaan Zorggroep)

Dick van Etten, GGZ-verpleegkundig specialist (Centrum Maliebaan)

Drs. Jan de Keijzer, sociaal geriater, directeur behandelenzaken Dignis (Lentis)

Drs. Rosalien Wilting, klinisch psycholoog en psychotherapeut, programmaleider Ouderenpsychiatrie (GGZ Eindhoven)

Dr. Suzan Oudejans, senior onderzoekspsycholoog (Arkin)

Productiebegeleiding

L. Groeneveld

ISBN 978-90-5253-703-0

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1032**.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-2971100

F: 030-2971111

www.trimbos.nl

© 2011 Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

1	MEMO: aanleiding en opzet	5
1.1	Aanleiding voor MEMO	5
1.2	Opzet van MEMO	5
1.3	Opbouw van dit rapport	6
2	Methode	7
2.1	Design	7
2.2	Populatie	7
2.3	Setting	7
2.4	Steekproef	8
2.5	Uitkomstmaten	8
2.6	Procedure	9
2.7	MEMO Depressie	10
2.8	Dataverzameling	11
2.9	Privacy en medisch-ethische toetsing	12
2.10	Analyse	12
3	Wie komt er in zorg bij de afdeling ouderen?	15
3.1	Steekproef	15
3.2	Demografische gegevens	16
3.3	Diagnose volgens de DSM-IV	16
4	Is de HoNOS 65+ een betrouwbaar meetinstrument?	19
4.1	Betrouwbaarheid en validiteit volgens buitenlands onderzoek	19
4.2	Betrouwbaarheid en validiteit volgens Nederlands onderzoek	20
4.3	Aanvulling op het onderzoek in Nederland	20
4.3.1	Interne consistentie van de HoNOS 65+ en haar subschalen	20
4.3.2	Factoranalyse HoNOS 65+	21
4.3.3	Conclusie	22
5	Wat levert de zorg op bij cliënten die in behandeling zijn geweest?	23
5.1	Type behandeling dat is ontvangen	23
5.1.1	Afgeronde en niet afgeronde cliënten	23
5.1.2	Demografische verschillen	24
5.1.3	Locaties	25
5.2	Vooruitgang op de HoNOS 65+	26
5.2.1	Afgeronde en niet afgeronde cliënten	26
5.2.2	Invloed van mogelijk versturende variabelen en behandeling	31

5.2.3	Locaties	34
5.3	Tevredenheid met de zorg	34
5.3.1	Totale groep	35
5.3.2	Afgeronde en niet afgeronde cliënten	35
5.3.3	Locaties	36
5.3.4	Demografische verschillen	36
6	Wat levert de zorg op bij cliënten met een depressie?	37
6.1	Type behandeling	37
6.2	Vooruitgang op de HoNOS 65+	38
6.3	Vooruitgang op de GDS-15	39
7	Bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van MEMO	41
7.1	Achtergrond	41
7.2	Methode	42
7.2.1	Analyse	42
7.3	Bevorderende en belemmerende factoren	43
7.3.1	Respons	43
7.3.2	Resultaten vragenlijst	43
7.3.3	Resultaten interviews	45
7.3.4	Conclusie met betrekking tot de implementatie	46
7.4	Mening hulpverleners over werkbaarheid MEMO	47
8	Samenvatting resultaten	49
8.1	Samenvatting resultaten	49
8.2	Beperkingen	50
9	Discussie	51
9.1	Discussie	51
9.2	Conclusie	52
10	Referenties	53
	Bijlage 1 Vragenlijst bevorderende en belemmerende factoren	55
	Bijlage 2 Vragenlijst hulpverleners over MEMO	59

1 MEMO: aanleiding en opzet

1.1 Aanleiding voor MEMO

Uit de 'Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen; rapportage 2006' (MGO 2006) bleek dat het niet mogelijk was inzicht te krijgen in de kwaliteit en effectiviteit van de psychische hulpverlening aan ouderen (Veerbeek e.a., 2007). De bestaande registratiesystemen in de geestelijke gezondheidszorg bleken de benodigde gegevens niet te registreren. Naar aanleiding daarvan is onderzocht hoe deze informatie wel verzameld zou kunnen worden. Hieruit is de huidige 'Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen' (MEMO) ontstaan.

1.2 Opzet van MEMO

MEMO is opgezet naar analogie van de huisartsenpeilstations van het Nivel (Donker, 2006). Bij deze peilstations verzamelen een aantal huisartsenpraktijken verspreid over het land extra informatie die niet in de standaardregistratie van de huisartsen is opgenomen. Welke extra informatie de peilstations registreren verschilt per jaar.

MEMO volgt ditzelfde principe. Alle GGz-instellingen, aangesloten bij GGZ Nederland, zijn benaderd om als peilstation voor MEMO te fungeren. In de eerste meetronde hebben veertien GGz-instellingen, verspreid over Nederland, hieraan gehoor gegeven. Over een periode van vijf jaar wordt, in vier verschillende meetrondes, informatie over de kwaliteit van de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor ouderen verzameld. De informatie die met MEMO verzameld wordt, bestaat per meetronde uit een vaste basisset (MEMO Basis), waarbij op vaste tijdstippen het psychisch en sociaal functioneren van *alle* nieuwe cliënten in kaart wordt gebracht. Tevens wordt de tevredenheid van cliënten met de zorg en het soort behandeling dat cliënten krijgen in kaart gebracht. Met deze basisset kunnen trends over de jaren worden vastgesteld. Naast de basisset wordt iedere meetronde een specifieke cliëntengroep belicht. De groep die we er in de eerste en tweede meetronde uit hebben gelicht zijn cliënten met een depressie (MEMO Depressie) en in de derde meetronde cliënten met een angststoornis (MEMO Angst).

Inmiddels is de eerste meetronde geheel afgerond en kan een eerste landelijk beeld over de kwaliteit van de psychische hulpverlening aan ouderen verkregen worden. In deze rapportage beantwoorden wij op basis van de resultaten van de eerste meetronde van MEMO de volgende vragen:

1. Wie komt er in zorg bij de afdeling ouderen?
2. Is de HoNOS 65+ een betrouwbaar meetinstrument om kwaliteit van zorg in kaart te brengen?

3. Wat levert de zorg op bij cliënten die in behandeling zijn geweest?
 - a. Welk type behandeling hebben cliënten ontvangen?
 - b. Welk percentage cliënten is opgeknapt volgens de HoNOS 65+?
 - c. Hoe tevreden zijn cliënten met de ontvangen zorg?
4. Wat levert de zorg op bij cliënten met een depressie?

Daarnaast hebben wij een onderzoek uitgevoerd naar de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van MEMO. De resultaten daarvan zullen wij bespreken aan de hand van de volgende onderzoeksvraag:

5. Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van MEMO?

1.3 Opbouw van dit rapport

In het tweede hoofdstuk gaan we verder in op de wijze waarop wij de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen in deze studie hebben onderzocht. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk drie tot en met zeven de bovengenoemde onderzoeksvragen. In hoofdstuk acht zullen de resultaten worden samengevat en zullen de belangrijkste conclusies worden besproken en in perspectief geplaatst.

2 Methode

2.1 Design

Met MEMO wordt een landelijk beeld gekregen van de kwaliteit van de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Alle cliënten die voldoen aan de inclusiecriteria (zie 'populatie') ontvangen een beginmeting bij de intake van de behandeling en worden vervolgens gedurende de behandeling elke vier maanden gemonitord met dezelfde vragenlijsten. De eindmeting vindt plaats bij afronding van de behandeling, of na twaalf maanden als de behandeling nog niet is afgerond (MEMO Basis). Gedurende vijf jaar zullen er vier meetrondes van MEMO Basis plaatsvinden, die elk ongeveer achttien maanden duren (zes maanden inclusieperiode en een nameting uiterlijk na twaalf maanden). Hierdoor is het mogelijk uitspraken te doen over trends in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Elke meetronde zal uitgebreid worden met een aanvullende vragenlijst om specifieke cliëntgroepen te bestuderen, zoals cliënten met stemmingsstoornissen.

2.2 Populatie

Elke meetronde zullen voor MEMO Basis alle cliënten die nieuw worden aangemeld bij de ambulante afdeling ouderenpsychiatrie van een deelnemende instelling voor geestelijke gezondheidszorg en die na intake verdere behandeling ontvangen gemonitord worden. Mochten cliënten gedurende de behandeling klinisch worden opgenomen, dan wordt het monitoren voortgezet. Cliënten worden uitgesloten van deelname als een cognitieve stoornis of dementie de hoofddiagnose is, omdat deze problematiek niet kan verbeteren en andere meetinstrumenten vereist. Daarnaast is de zorg voor deze groep met cliënten vaak anders georganiseerd.

2.3 Setting

Alle (destijds) 41 GGz-instellingen aangesloten bij GGZ Nederland zijn aangeschreven om deel te nemen aan MEMO. Vijfentwintig instellingen (61%) waren geïnteresseerd om deel te nemen en nadat zij meer informatie hadden gekregen werden veertien GGz-instellingen, verspreid over het land, geselecteerd om daadwerkelijk deel te nemen. De deelnemende instellingen krijgen een financiële tegemoetkoming om te compenseren voor de beschikbaarheid van een onderzoeksassistent (zie 'dataverzameling'). In principe nemen de veertien instellingen elke meetronde deel aan MEMO, maar het is mogelijk dat instellingen uitvallen. In nieuwe meetrondes kunnen daarom mogelijk nieuwe GGz-instellingen deelnemen.

2.4 Steekproef

Om landelijk een schatting te geven van het percentage cliënten dat klinisch relevant opknapt van de GGZ-behandeling, dienen per meetronde voor MEMO Basis minimaal 333 cliënten geïnccludeerd te worden, gebaseerd op een statistische power (1-beta) van 0.80, een tweezijdige alpha van 0.05, waarbij rekening wordt gehouden met systematische verschillen tussen instellingen (zogenaamd cluster effect) en een uitval van 40% (power berekening in Stata 9.0). We vinden dat cliënten klinisch verbeterd zijn indien zij meer dan $d > 0.32$ pre-post veranderen. Een effect-grootte van 0.32 correspondeert namelijk met de ondergrens van een klinisch middelgroot effect (Cohen, 1988) en kleinere effecten vinden we in klinisch opzicht onvoldoende.

2.5 Uitkomstmaten

MEMO Basis

De primaire uitkomstmaten in MEMO Basis zijn mentaal en sociaal functioneren, cliënttevredenheid en type behandeling dat de cliënten hebben ontvangen. Om MEMO werkbaar te houden zijn alleen meetinstrumenten geselecteerd die een breed beeld van het functioneren geven en die snel ingevuld kunnen worden.

Het mentaal en sociaal functioneren van de cliënt wordt in kaart gebracht middels de Health of the Nation Outcome Scales 65+ (HoNOS 65+). Met de HoNOS 65+ (Burns et al., 1999) kan worden weergegeven hoe het geestelijk en sociaal functioneren van een cliënt op een bepaald ogenblik is. Door deze lijst meerdere malen af te nemen kan de verandering in klachten in kaart gebracht worden en het doel is dan ook het evalueren van de behandeling of begeleiding. De HoNOS 65+ bestaat uit twaalf schalen, waarbij telkens zes antwoordmogelijkheden zijn: 0 geen probleem, 1 gering probleem – vereist geen actie, 2 licht probleem maar duidelijk aanwezig, 3 matig probleem, 4 ernstig probleem, 9 geen gegevens. De twaalf schalen meten: Gedragsstoornissen, Opzettelijke zelfverwonding, Problemen met alcohol- of drugsgebruik, Cognitieve problemen, Problemen met lichamelijke ziekten/handicap, Problemen hallucinaties / wanen, Problemen met depressieve symptomen, Andere geestelijke en gedragsproblemen, Problemen sociale/ondersteunende relaties, Problemen met ADL-activiteiten, Algemene problemen met woonomstandigheden en Problemen vrijetijdsbesteding/daginvulling. Hoe hoger de totaalscore of de score per item, hoe meer problematiek aanwezig is.

Het invullen van de HoNOS 65+ kost hulpverleners minder dan tien minuten tijd. De hulpverleners hebben vooraf training gekregen in het invullen van de HoNOS 65+ en deze training wordt jaarlijks herhaald om de kwaliteit van de metingen te kunnen waarborgen.

Cliënttevredenheid wordt gemeten met de GGZ Cliëntenthermometer. In 2003 hebben GGZ Nederland en het Trimbos-instituut de GGZ Cliëntenthermometer ontwikkeld, met medewerking van de Cliëntenbond en de LPR. De Cliëntenthermometer is een beknopt instrument waarmee instellingen in de GGZ kunnen onderzoeken hoe cliënten

de geboden zorg waarden op vier subdomeinen: 1. waardering van de informatie, 2. waardering van de inspraak, 3. waardering van de hulpverlener en 4. waardering van het behandelresultaat. De uitkomst van de thermometer geeft een instelling een indicatie van de sterke en zwakke kanten in het zorgproces. Deze informatie kan vervolgens worden gebruikt voor de verbetering van de zorg. Doordat de inhoud en procedure uniform is voor alle instellingen die een dergelijk waarderingsonderzoek doen, kunnen de instellingen hun gegevens ook vergelijken met de landelijke gegevens. Na evaluatie heeft de Thermometer in 2005 een paar kleine aanpassingen ondergaan en van deze verbeterde versie wordt gebruikt in MEMO (Kok & Mulder, 2005).

Om globaal iets te kunnen zeggen over de behandeling die ouderen in de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg aangeboden krijgen, is in overleg met de begeleidingscommissie van MEMO, waarin vijf vooraanstaande experts in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen zitting hebben, een lijst samengesteld van de meest voorkomende globale categorieën. Dit zijn gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling individueel, gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling groep, relatie/systeemtherapie, ECT, activerende technieken, ondersteunende begeleiding cliënt, ondersteunende begeleiding systeem, psychofarmaceutische behandeling. Om de invloed van type ontvangen behandeling op de behandeluitkomst te berekenen, zijn gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling individueel, gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling groep, relatie/systeemtherapie samengevoegd tot een categorie psychologische behandeling en activerende technieken, ondersteunende begeleiding cliënt, ondersteunende begeleiding systeem samengevoegd tot een categorie begeleidingscontacten.

Confounders

De volgende variabelen zijn meegenomen die van invloed kunnen zijn op het resultaat van de behandeling: demografische variabelen (geslacht, leeftijd, nationaliteit, hoogste opleiding, samenstelling huishouden), psychische of somatische comorbiditeit en ingrijpende levensgebeurtenissen (life events) die zich gedurende de behandelperiode hebben voorgedaan (zoals het overlijden van een kind of partner, verhuizing, het krijgen van een ernstige lichamelijke ziekte). De levensgebeurtenissen die worden gemeten zijn gehaald uit de lijst met life events die in de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) gebruikt zijn, aangevuld met een aantal gebeurtenissen die door de begeleidingscommissie klinisch relevant werden geacht.

2.6 Procedure

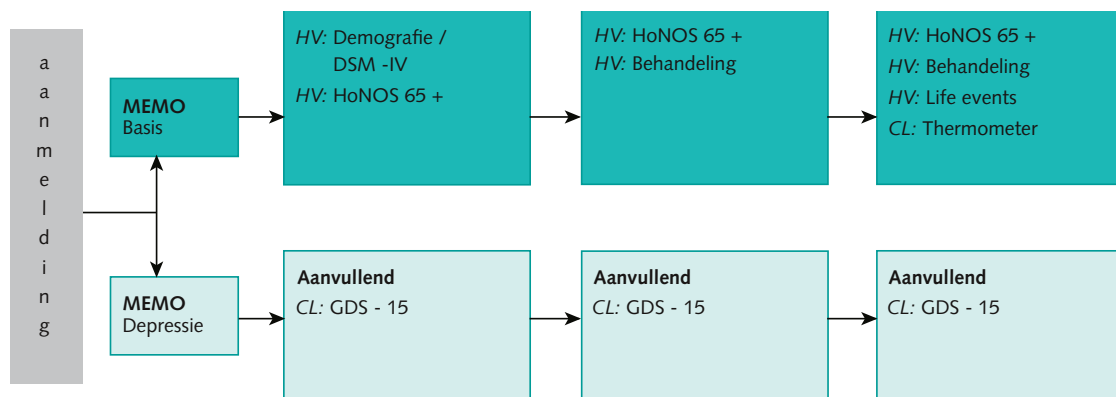
Bij het begin van de behandeling worden demografische variabelen en de DSM-IV diagnose per cliënt vastgelegd door de hulpverlener. Daarnaast vult de hulpverlener bij het begin van de behandeling de HoNOS 65+ in. De hulpverlener vult de HoNOS 65+ vervolgens elke vier maanden in, zodat hij tussentijds feedback kan krijgen over de voortgang van een cliënt. Daarnaast wordt elke vier maanden informatie gegeven

over de behandeling die de cliënt heeft ontvangen. Na het laatste behandelcontact, of na één jaar behandeling, vult de hulpverlener voor de laatste maal de HoNOS 65+ en gegevens over de behandeling in. Daarnaast geeft de hulpverlener ook aan of er ingrijpende gebeurtenissen in het leven van de cliënten hebben plaatsgevonden gedurende de behandelperiode.

De cliënt zelf vult alleen aan het einde van de behandeling de GGZ Cliëntenthermometer in, om aan te geven hoe tevreden hij is met de ontvangen zorg.

In het geval van aanvullende vragenlijsten voor specifieke stoornissen (zie 'MEMO Depressie') kunnen deze toegevoegd worden bij intake en de vervolgmetingen (zie figuur 1).

Figuur 1 Stroomschema welke vragenlijsten per groep (MEMO Basis of MEMO Depressie) wanneer (aanvang behandeling, elke vier maanden, 1 jaar/einde behandeling) dienen te worden ingevuld en door wie. HV = ingevuld door hulpverlener, CL = ingevuld door cliënt



2.7 MEMO Depressie

Bij elke meetronde van MEMO Basis is er de gelegenheid om vragenlijsten toe te voegen voor specifieke stoornissen, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen of persoonlijkheidsstoornissen. De groep die we in de eerste meetronde eruit gelicht hebben, zijn cliënten met een depressie (MEMO Depressie). We hebben voor depressie gekozen, omdat uit bevolkingsonderzoek is gebleken dat dit de meest voorkomende psychische stoornis is onder ouderen. De prevalentie van de depressieve stoornis ligt ongeveer bij 2% en de zogenoemde beperkte depressie komt bij ongeveer 10% van de ouderen voor (Beekman e.a., 1999). Verder is uit onderzoek gebleken dat stemmingsstoornissen met 17,8% de hoogste prevalentie hebben onder ouderen die bij GGZ-instellingen in behandeling zijn en die psychische hulpverlening krijgen (Depla e.a., 2005). Cliënten met de volgende primaire diagnose zullen een extra vragenlijst invullen voor MEMO Depressie: 291.89 Stemmingsstoornis door alcohol, 292.84 Stemmingsstoornis door cocaïne, hallucinogeen, vluchtige stof, opioïde, fencyclidine, sedativum, hypnoticum,

anxiolyticum of door een ander (of onbekend) middel, 293.83 Stemmingsstoornis door (vermeld somatische aandoening), 296.2x Depressieve stoornis, eenmalige episode, 296.3x Depressieve stoornis, recidiverend, 296.90 Stemmingsstoornis NAO, 300.4 Dysthyme stoornis.

De extra vragenlijst die cliënten met bovenstaande diagnose dienen in te vullen betreft de Geriatric Depression Scale (GDS). De GDS stelt depressieve symptomen vast (Yesavage, 1983). De lijst is oorspronkelijk ontwikkeld als screeningsinstrument voor depressieve klachten bij ouderen, maar is geschikt gebleken om het effect van een behandeling te evalueren (Kok, 2006). Inmiddels is de GDS de meest gebruikte zelfinvulvragenlijst in medicatietrials voor de ouderdomsdepressie. Bovendien is de correlatie met ernstlijsten zoals de MADRS (Montgomery e.a., 1979) en de Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960) die door de behandelaar moeten worden ingevuld erg hoog. De oorspronkelijke GDS bestaat uit dertig items die met 'ja' of 'nee' beantwoord moeten worden. In dit onderzoek gebruiken we echter de verkorte versie van vijftien items welke een oudere in maximaal tien minuten kan invullen en welke vergelijkbare testeigenschappen laat zien als de oorspronkelijke 30-item versie (Sheikh & Yesavage, 1986).

2.8 Dataverzameling

Om de dataverzameling te bevorderen is een web-based computersysteem ontwikkeld dat toegankelijk is vanaf elke computer met een internetverbinding. Vertrouwelijkheid van de gegevens is gewaarborgd middels een login procedure en elke instelling heeft zijn eigen omgeving, zodat er geen uitwisseling van cliëntgegevens plaatsvindt.

Direct nadat de vragenlijstgegevens zijn ingevoerd genereert het systeem een grafiek, zodat de vooruitgang van een cliënt op een vragenlijst direct zichtbaar wordt voor de hulpverlener. Als hulpverleners er de voorkeur voor hebben niet direct in het systeem te werken, maar de vragenlijsten op papier in te vullen, zullen de gegevens door de onderzoeksassistent in het systeem gezet worden. Dit vertraagt dus wel het moment dat de feedback voor de hulpverlener zichtbaar wordt. Cliënten vullen hun vragenlijsten sowieso op papier in, omdat een groot deel van de cliënten niet gewend is om met een computer te werken. De onderzoeksassistent vult deze vragenlijsten ook in het systeem in. De onderzoeksassistent, meestal een secretaresse of psychodiagnostisch medewerker, is door elke deelnemende instellingen zelf aangewezen en daarna door ons geïnstrueerd.

Wanneer een cliënt wordt toegevoegd in het systeem, bepaalt het systeem zelf welke vragenlijsten er ingevuld moeten worden; alleen de vragenlijsten behorende bij MEMO Basis, of ook de aanvullende vragenlijst behorende bij MEMO Depressie. De software is flexibel, zodat deze in een volgende meetronde eenvoudig aan te passen is aan andere specifieke stoornissen. Na intake geeft het systeem zelf aan wanneer er weer vier, acht of twaalf maanden verstreken zijn bij een cliënt en welke vervolgvragenlijsten er op dat

moment ingevuld moeten worden. Wekelijks wordt een e-mail naar de hulpverleners en/of onderzoeksassistent gestuurd waarin de cliënten die een nieuwe meting behoeven staan weergegeven.

2.9 Privacy en medisch-ethische toetsing

Het computersysteem wordt niet door de onderzoekers zelf beheerd, maar door een aparte afdeling binnen het Trimbos-instituut, 'interview en datamanagement' (IDM) genaamd. Vanuit het computersysteem maakt IDM een export met de data naar SPSS, waarin alleen de registratienummers van de cliënten te zien zijn, de namen zijn weggelaten. Op deze manier worden de verzamelde gegevens anoniem verwerkt, geanalyseerd en gerapporteerd door het Trimbos-instituut. Cliëntnamen blijven in het systeem opgeslagen totdat de dataverzameling is afgerond. Daarna worden de gegevens vernietigd.

De onderzoeksopzet van MEMO is aan de medisch-ethische commissie METIGG (erkend door CCMO) ter toetsing voorgelegd. Deze heeft beoordeeld dat cliënten niet onderworpen worden aan interventies of gedragsregels in het kader van MEMO. Daarom is de Wet Medisch Onderzoek niet op MEMO van toepassing en behoeft geen ethische goedkeuring.

Desalniettemin worden cliënten geïnformeerd over MEMO middels een folder. Als cliënten er niet mee instemmen dat hun anonieme gegevens gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek, worden deze cliënten niet in het web-based systeem ingevoerd.

2.10 Analyse

Om zicht te krijgen op wie er in zorg komt bij de ambulante GGz voor ouderen, worden frequenties berekend voor de desbetreffende variabelen.

Om na te gaan in hoeverre de HoNOS 65+ een betrouwbaar meetinstrument is om kwaliteit van zorg te meten, wordt de interne consistentie (Cronbach's alpha) van de HoNOS 65+ berekend, zowel van de totale lijst, als van de meest gehanteerde subschalen. Cronbach's alpha geeft aan in hoeverre items inderdaad hetzelfde concept meten, door te berekenen of de antwoorden van een grote groep respondenten op deze items consistent zijn. Een Cronbach's alpha van 0-.6 houdt in dat de items niet samenhangen, een Cronbach's alpha van .6-.7 is acceptabel (met name bij een lijst die uit 3-4 items bestaat), een Cronbach's alpha van .7-.8 is goed en alles boven de .8 is zeer goed. Daarnaast wordt een factor-analyse (varimax-rotatie) uitgevoerd om te onderzoeken of sommige items onderling correleren en een zogenaamd 'hogere orde dimensie' vertegenwoordigen.

Om in kaart te brengen welke behandeling cliënten hebben ontvangen zullen frequenties berekend worden voor de verschillende typen behandeling.

Voor het bepalen van de vooruitgang van cliënten op de HoNOS 65+ kunnen we van twee methodes uitgaan: 'completed' en 'last observation carried forward'. In het eerste geval worden tot de eindmeting alleen die vragenlijsten gerekend, die ook daadwerkelijk op het tijdstip van de eindmeting zijn ingevuld. Dit kan een gunstiger beeld van de werkelijkheid tot gevolg hebben, bijvoorbeeld omdat hulpverleners bij 'lastige' cliënten er bewust voor hebben gekozen geen eindmeting in te vullen. Bij de 'last observation carried forward' wordt de laatst aanwezige vervolgmeting als eindmeting genomen. Dit kan dus ook een tussenmeting zijn op het moment dat de behandeling nog niet was afgerond. Deze methode kan een minder positief beeld van de werkelijkheid tot gevolg hebben, omdat cliënten bij een tussenmeting naar verwachting minder goed zijn opgeknapt dan bij een eindmeting. De daadwerkelijke waarheid zal tussen beide methodes in liggen. Bij het presenteren van de gegevens hebben wij ervoor gekozen om van de laatste methode gebruik te maken, omdat uit onderzoek blijkt dat deze methode de werkelijkheid beter benadert dan het enkel gebruik maken van daadwerkelijke eindmetingen (Hamer & Simpson, 2009).

Middels de gepaarde t-test zal het verschil tussen begin- en eindmeting op de totaalscore van de HoNOS 65+ worden berekend. De invloed van confounders wordt berekend aan de hand van repeated measures ANOVA. Daarnaast zullen effectsizes berekend worden om de mate van de verbetering te bepalen. Een effectsize van 0-.32 is klein, een effectsize van .33-.55 is middelgroot en een effectsize tussen de .56-1.2 is groot. Vanaf een effectsize van .33 beschouwen we cliënten als klinisch relevant opgeknapt (Cohen, 1988). Middels de Wilcoxon-toets zullen de verschillen tussen de begin- en eindmeting op de afzonderlijke schalen van de HoNOS 65+ worden berekend.

Wat betreft de tevredenheid van cliënten met de ontvangen zorg, zal de gemiddelde totaalscore op de GGZ Cliëntenthermometer worden berekend, evenals de gemiddelde score op de te onderscheiden domeinen 'informatie', 'inspraak', 'hulpverlener' en 'resultaat'. Per cliënt wordt bij de GGZ Cliëntenthermometer gemiddelde subscores berekend op deze vier subdomeinen. Deze scores worden omgerekend naar een schaal die loopt van nul tot een, waarbij nul een meest negatieve en een een meest positieve waardering betekent.

Ter beantwoording van de vraag wat de zorg oplevert bij cliënten met een depressie, worden middels het doen van gepaarde t-tests en het berekenen van de effectsizes de voorlopige resultaten met betrekking tot de HoNOS 65+ en GDS-15 berekend. Ook hierbij gebruiken we de last observation carried forward.

Voor missende waarden zal worden geïmputeerd middels regressie.

3 Wie komt er in zorg bij de afdeling ouderen?

3.1 Steekproef

De voorliggende tussenrapportage heeft betrekking op cliënten die in de eerste meetronde zijn geïnccludeerd. Alleen cliënten met een startdatum behandeling tussen 1 juni 2008 en 1 juni 2009 zijn meegenomen in de analyses.

In totaal zijn in de eerste meetronde 836 cliënten geïnccludeerd.

Zoals in tabel 1 is te zien werd bij 434 cliënten (52%) de behandeling binnen een jaar afgesloten. In het merendeel van de gevallen omdat de behandeling daadwerkelijk was afgerond (wederzijds overleg), maar bij 101 cliënten (12%) werd de behandeling eenzijdig afgebroken door de cliënt (inclusief overlijden) of hulpverlener. De cliënten waarvan de behandeling binnen een jaar was afgerond, waren gemiddeld zes maanden in zorg. Dit varieerde tussen locaties van drie tot zeven maanden. Het percentage overledenen ligt iets lager dan in de totale bevolking van 65 jaar en ouder (4,6%) (CBS, 2010).

Bij 313 cliënten (37%) vond de eindmeting plaats omdat de cliënten een jaar in behandeling waren.

Negenentachtig cliënten (11%) zijn na intake nooit verder gemonitord. Van deze cliënten is dus niet bekend hoelang ze na intake in zorg zijn geweest en wat de reden is dat zij uit zorg zijn gegaan.

Tabel 1 Redenen voor afsluiting van de dataverzameling

Reden afsluiting behandeling	Aantal (percentage)
Eenzijdige beëindiging behandeling cliënt	36 (4,8)
Eenzijdige beëindiging behandeling hulpverlener	38 (5,1)
Overlijden cliënt	27 (3,6)
Beëindiging behandeling in wederzijds overleg	333 (44,6)
Beëindiging in verband met jaar behandeling	313 (41,9)
Totaal*	747 (100)

* 89 mensen werden geëxcludeerd omdat zij na de intake niet verder zijn gemonitord.

In de Tussenrapportage MEMO van december 2009 is reeds uitgebreid beschreven wie er in zorg is gekomen in de eerste meetronde wat betreft demografische gegevens en gegevens over de diagnose. Hieronder volgt een korte samenvatting van de resultaten. We zetten, waar mogelijk, de cijfers af tegen cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Op deze manier is vergelijking met de totale bevolking 65-plussers mogelijk.

3.2 Demografische gegevens

De ouderen die in zorg zijn gekomen zijn niet erg hoog opgeleid: 35% heeft geen opleiding of alleen de basisschool afgemaakt en nog eens 48% heeft maximaal MBO.

Tabel 2 geeft de demografische gegevens weer afgezet tegen de verhouding 65-plussers in de algemene bevolking. Het blijkt dat de aller oudsten relatief vaker in zorg komen. Bovendien blijken t.o.v. de algemene bevolking relatief meer vrouwen en alleenstaanden in zorg komen. Evenals in de bevolking van 65 jaar en ouder hebben ook bijna alle ouderen die in zorg zijn gekomen de Nederlandse nationaliteit.

Tabel 2 Demografische gegevens van de cliënten in MEMO afgezet tegen de verhouding 65-plussers in de algemene bevolking

Demografische gegevens	MEMO	CBS
Leeftijdsverdeling:		
< 65 jaar, %	7	4
65-74 jaar, %	42	54
75-84 jaar, %	37	34
>= 85 jaar, %	14	11
Mannelijk geslacht, %	31	43
Niet-westerse nationaliteit, %	3	2
Samenstelling huishouden:		
Alleenstaand	53	48
Met partner	45	46
Met anderen	2	5

3.3 Diagnose volgens de DSM-IV

Primaire diagnose

De primaire diagnose betreft de aandoening die hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor het veroorzaken van de reden voor contact met de geestelijke gezondheidszorg.

Het merendeel van de ouderen is in behandeling gekomen voor een depressie (42%), gevolgd door een aanpassingsstoornis (22%) of een angststoornis (11%).

Daarna zijn de meest voorkomende diagnostische groepen 'bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn' (zoals een rouwreactie of levensfaseproblematiek) (6%) en 'schizofrenie en andere psychotische stoornissen' (4%).

Bijkomende problematiek op as I

Op as I wordt de aanwezigheid van klinische stoornissen en andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn vastgelegd.

Naast de primaire diagnose had ruim 19% van de cliënten nog een andere psychische aandoening op as I, 9% had nog twee andere aandoeningen en 1% nog drie andere aandoeningen.

Het gaat daarbij vooral om een comorbide angststoornis (28%), depressieve stoornis (25%), bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (zoals rouwreactie en levensfaseproblematiek) (21%), relatieproblemen (19%) of een aanpassingsstoornis (10%).

Bijkomende problematiek op as II

Op as II worden persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid vastgelegd.

Ongeveer 20% van de ouderen die in behandeling zijn gekomen heeft een persoonlijkheidsstoornis of klinisch relevante trekken hiervan.

De meest voorkomende comorbide diagnoses op as II zijn: trekken van een afhankelijke persoonlijkheid (20%), een persoonlijkheidsstoornis NAO (20%), trekken van een ontwijkende persoonlijkheid (13%), trekken van een obsessief-compulsieve persoonlijkheid (10%) en trekken van een persoonlijkheidsstoornis NAO (10%).

As III

Op as III worden actuele somatische aandoeningen vastgelegd, die potentieel relevant zijn voor het begrijpen of behandelen van een psychische stoornis.

Het merendeel van de cliënten dat in zorg komt heeft één (43%) of meer (28%) bijkomende lichamelijke aandoeningen.

As IV

Op as IV worden psychosociale en omgevingsproblemen vastgelegd die de diagnose, behandeling en prognose van psychische stoornissen kunnen beïnvloeden.

Van de cliënten heeft 82% te maken met minimaal één psychosociaal of omgevingsprobleem.

Van deze cliënten heeft 73% te maken met problemen binnen de primaire steungroep, 27% met problemen met de sociale omgeving en 7% met woonproblemen.

As V

Op as V wordt het algemeen functioneren van de cliënt vastgelegd middels de GAF-schaal. GAF staat voor Global Assessment of Functioning en geeft het niveau van functioneren van de cliënt aan op een schaal van 1 tot 100, waarbij 100 perfect is en 1 vrijwel nihil.

Het merendeel van de cliënten heeft bij binnenkomst een GAF-score tussen de 51-60 (42%). 31% van de cliënten scoorde lager dan deze GAF-score en 27% van de cliënten hoger.

4 Is de HoNOS 65+ een betrouwbaar meetinstrument?

De Health of the Nation Outcome Scales 65+ (HoNOS 65+) is een veelgebruikt instrument in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen om op een eenvoudige wijze klinische uitkomstmaten in kaart te brengen. Zoals eerder beschreven wordt de HoNOS 65+ door de hulpverlener ingevuld en wordt op twaalf gebieden het geestelijk en sociaal functioneren van een cliënt in kaart gebracht (zie hoofdstuk 2). De score op de afzonderlijke schalen gaat van 0 (geen probleem) tot 4 (ernstig). De totaalscore op de HoNOS 65+ gaat van 0 (geen enkel probleem) tot 48 (ernstig probleem op alle twaalf de gebieden).

4.1 Betrouwbaarheid en validiteit volgens buitenlands onderzoek

De HoNOS is oorspronkelijk in Engeland ontwikkeld en later aangepast aan de ouderenpopulatie. Dit resulteerde in de HoNOS 65+. Uit onderzoek blijkt onder andere dat de HoNOS 65+ gevoelig is voor verandering, een goede samenhang heeft met andere gevalideerde instrumenten die hetzelfde construct meten, onderscheid kan maken tussen verschillende groepen cliënten en een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid heeft (Burns et al., 1999; Spear et al., 2002; Turner, 2004).

Naast de totaalscore en de score per afzonderlijke schaal werd in de oorspronkelijke HoNOS ook onderscheid gemaakt tussen subschalen (Wing et al., 1998). De volgende subschalen werden daarbij onderscheiden:

- *Gedragsproblemen*, bestaande uit de schalen 1. gedragsstoornissen, 2. opzettelijke zelfverwonding en 3. problemen met alcohol- of drugsgebruik
- *Beperkingen*, bestaande uit de schalen 4. cognitieve problemen en 5. problemen die verband houden met een lichamelijke ziekte of handicap
- *Symptomatische problemen*, bestaande uit de schalen 6. problemen die gepaard gaan met hallucinaties en/of wanen, 7. problemen met depressieve symptomen en 8. andere geestelijke en gedragsproblemen
- *Sociale problemen*, bestaande uit de schalen 9. problemen met sociale of ondersteunende relaties, 10. problemen met ADL-activiteiten, 11. algemene problemen met woonomstandigheden en 12. problemen met werk en vrijetijdsbesteding - kwaliteit van daginvulling

Onderzoek van Burns et al. (1999) liet zien dat deze subschalen niet in de HoNOS 65+ gehandhaafd konden worden. Hij kwam tot de volgende subschalen:

- *Beperking/stoornis*, bestaande uit de schalen 1. gedragsstoornissen, 4. cognitieve problemen, 9. problemen met sociale of ondersteunende relaties, 10. problemen met ADL-activiteiten en 12. problemen met werk en vrijetijdsbesteding - kwaliteit van daginvulling
- *Psychiatrische symptomen*, bestaande uit de schalen 2. opzettelijke zelfverwonding, 7. depressieve symptomen en 8. andere geestelijke of gedragsproblemen
- *Lichamelijke ziekte*, bestaande uit de schalen 5. problemen met lichamelijke ziekte of handicap en 6. problemen die gepaard gaan met hallucinaties en/of wanen
- *Psychosociale stoornis*, bestaande uit de schalen 3. problemen met alcohol- of druggebruik en 11. problemen met woonomstandigheden

4.2 Betrouwbaarheid en validiteit volgens Nederlands onderzoek

Uit recent onderzoek blijkt dat ook de Nederlandse versie van de HoNOS 65+ voldoende gevoelig is voor veranderingen in problematiek en daarmee geschikt is als effectmaat in de ouderenpsychiatrie (Broersma & Sytema, 2010; Aartsen et al., 2010).

Daarnaast blijkt dat de totaalscore goed differentieert tussen groepen die verschillen in ernst van problematiek (klinisch opgenomen patiënten blijken bijvoorbeeld een hogere totaalscore te hebben dan cliënten die ambulante zorg zijn) (Broersma & Sytema, 2008). Verder blijkt er een samenhang te zijn tussen de gestelde diagnose en de hoogte van de score op de bijbehorende schalen (Broersma & Sytema, 2008; Aartsen et al., in druk). Ook de samenhang tussen de afzonderlijke schalen en andere gevalideerde meetinstrumenten die hetzelfde construct meten is voldoende tot goed (Aartsen et al., 2010). Tot slot is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor het merendeel van de schalen redelijk tot goed te noemen (Broersma & Sytema, 2008; Aartsen et al., 2010).

4.3 Aanvulling op het onderzoek in Nederland

Bovengenoemde onderzoeken hebben echter nog niet de interne consistentie van de Nederlandse HoNOS 65+ in kaart gebracht, evenals die van de veelvuldig gebruikte subschalen.

4.3.1 Interne consistentie van de HoNOS 65+ en haar subschalen

Bij 767 van de 836 cliënten is een beginmeting op de HoNOS 65+ ingevuld. Op basis van deze 767 vragenlijsten hebben wij de interne consistentie berekend van de HoNOS 65+. De Cronbach's alpha van de totale HoNOS 65+ is .60, in een situatie waar minimaal .70 verwacht wordt. Aangezien de HoNOS 65+ ontwikkeld is om een breed scala aan problemen te meten, die elkaar niet overlappen, is een hoge interne consistentie geen doel op zich. Dit betekent dat de totaalscore nog wel gebruik kan worden om de ernst van de totaalproblematiek in kaart te brengen, maar dat voor een goede inter-

pretatie aanvullende analyses vereist zijn om de klinische relevantie goed te kunnen interpreteren.

Vervolgens hebben we naar de interne consistentie van de veel gebruikte subschalen gekeken. Bij deze subschalen wordt juist wel een hoge interne consistentie verwacht, aangezien deze eenzelfde onderliggend construct meten. De gevonden Cronbach's alpha's voor zowel de subschalen die door Burns et al. zijn geformuleerd, als de oorspronkelijke subschalen blijken dermate laag te zijn, dat ze niet valide gebruikt kunnen worden en er geen conclusies aan verbonden kunnen worden (tabel 3).

Tabel 3 Interne consistentie van de subschalen van de HoNOS 65+

Subschaal	Cronbach's alpha
Burns et al.	
<i>Beperking/stoornis</i>	.55
<i>Psychiatrische symptomen</i>	.30
<i>Lichamelijke ziekte</i>	.06
<i>Psychosociale stoornis</i>	.09
Oorspronkelijke HoNOS	
<i>Gedragsproblemen</i>	.35
<i>Beperkingen</i>	.19
<i>Symptomatische problemen</i>	.06
<i>Sociale problemen</i>	.55

4.3.2 Factoranalyse HoNOS 65+

Om uit te zoeken of in de Nederlandse HoNOS 65+ wellicht andere subschalen hanteerbaar zijn, is een factoranalyse uitgevoerd.

Daaruit blijkt dat de schalen eventueel onderverdeeld zouden kunnen worden in drie subschalen:

1. Bestaande uit de schalen 5. problemen met lichamelijke ziekte of handicap, 10. problemen met ADL-activiteiten, 11. algemene problemen met woonomstandigheden en 12. problemen met werk en vrijetijdsbesteding - kwaliteit van daginvulling
2. Bestaande uit de schalen 1. gedragsstoornissen, 2. opzettelijke zelfverwonding, 8. andere geestelijke en gedragsproblemen en 9. problemen met sociale of ondersteunende relaties
3. Bestaande uit de schalen 4. cognitieve problemen en 6. problemen met hallucinaties en/of wanen

De Cronbach's alpha's van deze subschalen blijken echter ook laag, respectievelijk .60,

.45 en .37, en kunnen daarom niet gehanteerd worden.

4.3.3 Conclusie

Het beschrijven van veranderingen op de HoNOS 65+ is alleen zinvol voor de betrouwbare afzonderlijke schalen en, met enige voorzichtigheid, voor de totaalscore.

Het is niet zinvol om veranderingen op subschaalniveau te bekijken.

5 Wat levert de zorg op bij cliënten die in behandeling zijn geweest?

De resultaten zullen per onderdeel uitgesplitst worden naar cliënten waarbij de behandeling binnen een jaar was afgerond en die na een jaar nog in zorg waren (afgerond/niet afgerond), relevante demografische variabelen en deelnemende locaties.

5.1 Type behandeling dat is ontvangen

5.1.1 Afgeronde en niet afgeronde cliënten

Bij 326 van de 434 cliënten waarbij de behandeling binnen een jaar is afgerond (75%) is aangegeven welke behandeling zij hebben ontvangen gedurende de behandelperiode. Ditzelfde is het geval bij 272 van de 313 cliënten waarbij de eindmeting plaats vond omdat ze een jaar in behandeling waren (87%). Zoals in tabel 4 is te zien hebben cliënten waarvan de behandeling binnen een jaar is afgerond minder verschillende typen behandeling ontvangen dan cliënten waarbij de behandeling langer dan een jaar duurde.

Tabel 4 Totaal aantal behandelingen die cliënten hebben ontvangen gedurende de behandelperiode, uitgesplitst naar cliënten waarvan de behandeling binnen twaalf maanden was afgerond en cliënten die langer dan een jaar in zorg waren

Aantal behandelingen	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
1	128 (39,3%)	47 (17,3%)
2	110 (33,7%)	77 (28,3%)
3	61 (18,7%)	89 (32,7%)
≥4	27 (8,3%)	59 (21,6%)

Hieruit voortvloeiend zijn alle typen behandeling vaker ingezet geweest gedurende de behandelperiode bij cliënten die langer dan een jaar in zorg waren, dan bij cliënten die binnen een jaar waren afgerond (tabel 5). Opvallend is dat het percentage cliënten dat psychofarmaca heeft gekregen ruim twee keer zo hoog ligt bij de cliënten die nog niet afgerond waren ten opzichte van de afgeronde cliënten. Aansluitend hierop ligt het percentage artsen dat bij de behandeling betrokken was hoger bij niet afgeronde cliënten dan bij afgeronde cliënten (tabel 6).

Bij de 40% van de cliënten die binnen een jaar waren afgerond en één type behandeling hebben ontvangen blijken met name psychologen (45%) en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (40%) de behandelaar te zijn geweest. Het type behandeling dat deze cliënten hebben ontvangen blijkt dan ook met name individuele gespreks/psycho-

logische/psychotherapeutische behandeling (59%) of individuele ondersteunende begeleiding (28%) te betreffen.

Tabel 5 Type behandeling dat cliënten hebben ontvangen gedurende de behandelperiode, uitgesplitst naar cliënten waarvan de behandeling binnen twaalf maanden was afgerond en cliënten die langer dan een jaar in zorg waren

Type behandeling	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
Ondersteunende begeleiding cliënt	178 (54,6%)	183 (67,3%)
Gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling - individueel	183 (56,1%)	173 (63,6%)
Psychofarmaceutische behandeling	126 (30,4%)	184 (67,6%)
Ondersteunende begeleiding systeem	70 (21,5%)	73 (26,8%)
Activerende technieken	42 (12,9%)	54 (19,9%)
Gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling - groep	27 (8,3%)	41 (15,1%)
Relatie/systeemtherapie	21 (6,4%)	22 (8,1%)
Opname in kliniek	19 (5,8%)	25 (9,2%)
ECT	0 (0%)	1 (0,4%)

Tabel 6 Functie van behandelaars die behandelingenlijst hebben ingevuld

Functie	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
Verpleegkundige	52,6%	50,6%
Psycholoog / psychotherapeut	33,2%	29,4%
Psychiater / arts	6,8%	16,8%
Maatschappelijk werkende	7,5%	3,3%

5.1.2 Demografische verschillen

Zoals kan worden verwacht ontvangen cliënten met een partner meer relatietherapie ($p = .00$) en ondersteunende begeleiding van het systeem ($p = .00$) dan alleenstaande cliënten. Alleenstaanden daarentegen ontvangen meer individuele ondersteunende begeleiding ($p = .00$). Daarnaast blijken cliënten jonger dan 75 jaar meer relatietherapie ($p = .00$) en psychologische behandeling in een groep ($p = .00$) te ontvangen dan cliënten ouder dan 75 jaar. Omgekeerd ontvangen cliënten ouder dan 75 jaar significant meer ondersteunende begeleiding, zowel individueel ($p = .00$) als van het systeem ($p = .00$). Verder is een trend aanwezig dat vrouwen meer psychologische behandeling in een groep ontvangen ($p = .05$).

Wat betreft comorbiditeit blijken cliënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek meer activerende technieken als behandelmethodete krijgen dan cliënten zonder persoonlijkheidsproblematiek ($p = .04$) en cliënten met comorbide lichamelijke aandoe-

ningen meer individuele ondersteunende begeleiding te ontvangen dan cliënten zonder lichamelijke problematiek ($p = .02$).

5.1.3 Locaties

Zoals tabel 7 laat zien zijn er verschillen tussen instellingen in de behandeling die aan cliënten aangeboden wordt, met name op het gebied van inzet van psychofarmaca.

Tabel 7 Spreiding tussen locaties van type behandeling dat cliënten hebben ontvangen gedurende de behandelperiode

Type behandeling	Spreiding tussen locaties
Ondersteunende begeleiding cliënt	46,3-72,7%
Gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling - individueel	46,1-85,7%
Psychofarmaceutische behandeling	23,2-83,7%
Ondersteunende begeleiding systeem	12,6-32,7%
Activerende technieken	6,3-28,9%
Gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling - groep	2,0-28,9%
Relatie/systeemtherapie	2,1-23,1%
Opname in kliniek	0-16,4%
ECT	0-1%

Echter, er is ook een grote spreiding tussen het type behandelaar dat betrokken is bij de behandeling van cliënten (tabel 8).

Tabel 8 Functie van behandelaars die behandelingslijst hebben ingevuld

Functie	Spreiding tussen locaties
Verpleegkundige	10-94%
Psycholoog / psychotherapeut	6-32%
Psychiater / arts	0-78%
Maatschappelijk werkende	0-33%

5.2 Vooruitgang op de HoNOS 65+

Van de 836 cliënten die in de eerste meetronde zijn geïncludeerd, is bij 581 cliënten (69%) zowel een begin- als een eindmeting op de HoNOS 65+ ingevuld. Wat betreft de primaire diagnose is de spreiding over de verschillende diagnostische groepen bij deze cliënten nagenoeg gelijk aan de onder paragraaf 3.3 genoemde percentages in de totale populatie: depressie 44%, aanpassingsstoornis 23%, angststoornis 12%, bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn 6% en schizofrenie en andere psychotische stoornissen 4%.

We zullen de verbetering op de HoNOS 65+ op vier manieren beschrijven:

1. Vergelijking van de gemiddelde totaalscore en score per schaal bij begin- en eindmeting
2. Vergelijking van het totaal aantal schalen waarop cliënten problematiek vertoonden (score 2 of hoger) bij begin- en eindmeting en per schaal een vergelijking van het aantal cliënten dat bij de eindmeting problematiek vertoonde ten opzichte van het aantal cliënten dat bij aanvang problematiek vertoonde
3. Het percentage cliënten dat, gezien de primaire diagnose, op de meest belangrijke schaal vooruitgang laat zien
4. Het percentage cliënten dat een klinisch significante verbetering laat zien (effectsize groter dan 0.32)

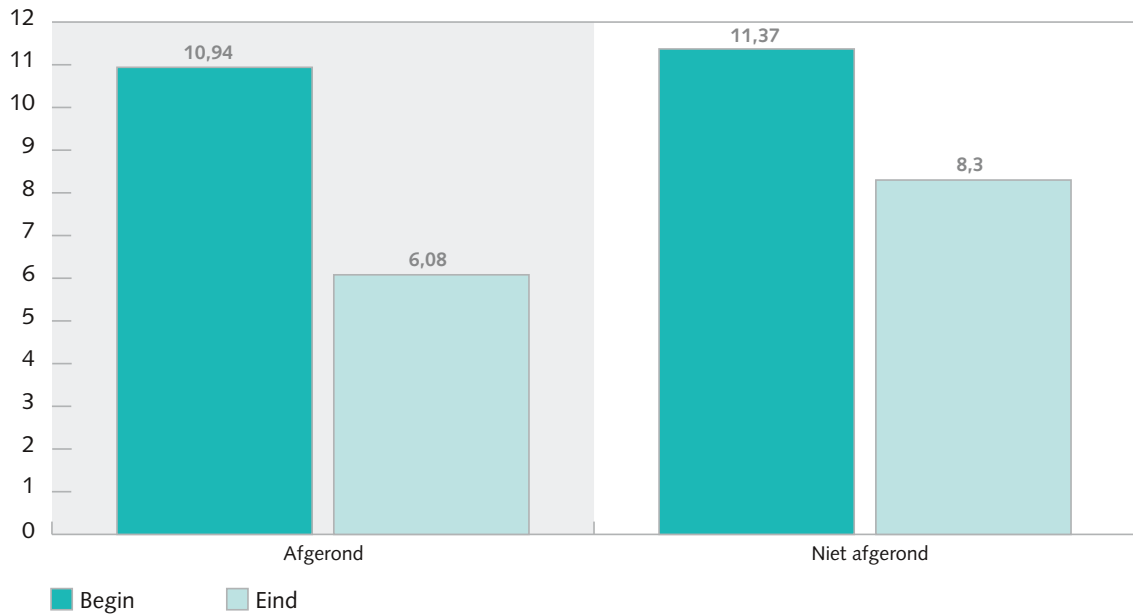
5.2.1 Afgeronde en niet afgeronde cliënten

Ad 1) Gemiddelde score

Bij 287 cliënten vond de eindmeting op de HoNOS 65+ daadwerkelijk plaats bij afronding van de behandeling. Bij 260 cliënten vond de eindmeting plaats omdat zij op dat moment een jaar in behandeling waren.

Cliënten die binnen een jaar waren afgerond, scoorden bij het begin van de behandeling gemiddeld 10,94 punten op de HoNOS 65+ en bij afronding van de behandeling 6,08 punten (zie figuur 2). Dit is een significante verbetering van de problematiek ($t = 14.75$; $df = 286$; $p = .00$). Cliënten die langer dan een jaar in zorg waren, hadden bij aanvang van de behandeling een gemiddelde score van 11,37 en bij de eindmeting een score van 8,30 (zie figuur 2). Ook dit is een significante verbetering van problematiek ($t = 7.78$; $df = 259$; $p = .00$).

Figuur 2 Gemiddelde totaalscore op de HoNOS 65+ bij begin- en eindmeting, uitgesplitst naar cliënten waarbij de behandeling binnen een jaar was afgerond en cliënten die langer dan een jaar in zorg waren



Kijkend naar de scores per afzonderlijke schaal blijkt bij afgeronde cliënten de meeste problematiek bij aanvang van de behandeling zich te bevinden op de schalen met betrekking tot depressieve symptomen (gemiddelde score 1,96) en andere geestelijke en gedragsproblemen (1,71). Bij deze laatste schaal zijn onder meer 'angst en paniek, 'geestelijke stress en spanning' en 'slapeloosheid' veelgenoemde problemen. Daarna behalen de schalen met betrekking tot problemen met lichamelijke ziekten/handicap (1,57), problemen met sociale/ondersteunende relaties (1,54) en problemen met kwaliteit van de daginvulling/ vrijetijdsbesteding (1,16) gemiddeld de hoogste scores. Op al deze schalen zijn de cliënten significant verbeterd bij de eindmeting ($p = .00$).

Bij cliënten die langer dan een jaar in zorg waren bevond de meeste problematiek zich op dezelfde schalen als hierboven genoemd: depressieve symptomen (2,14), andere geestelijke en gedragsproblemen (1,79), problemen met sociale/ondersteunende relaties (1,57), lichamelijke ziekten/handicap (1,42) en problemen met kwaliteit van de daginvulling/ vrijetijdsbesteding (1,24). Met uitzondering van lichamelijke ziekte zijn de cliënten op al deze schalen significant verbeterd bij de eindmeting ($p = .00$).

Als we de scores van de twee groepen met elkaar vergelijken blijkt de mate van verbetering bij cliënten waarbij de behandeling daadwerkelijk was afgerond op het moment van de eindmeting significant hoger te zijn dan die van cliënten die nog in behandeling waren ($F = 11.69$; $df = 1, 543$; $p = .00$).

Ad 2) Schalen met problematiek

Gemiddeld hadden afgeronde cliënten bij aanvang van de behandeling op 3,4 schalen duidelijk aanwezige problematiek (een score van 2 of hoger). Ten tijde van de eindmeting was bij cliënten gemiddeld op 1,6 schalen klinisch relevante problematiek aanwezig. Dit is een significante daling van het aantal schalen waarop afgeronde cliënten problematiek hebben ($t = 15.28$; $df = 286$; $p = .00$).

Cliënten die langer dan een jaar in zorg waren hadden bij aanvang van de behandeling gemiddeld op 3,5 schalen duidelijk aanwezige problematiek. Ten tijde van de eindmeting was gemiddeld op 2,4 schalen problematiek aanwezig. Ook dit is een significante daling van het aantal schalen waarop deze cliënten problematiek hebben ($t = 8.34$; $df = 259$; $p = .00$).

Zoals in tabel 9 is te zien, had tweederde van de afgeronde cliënten klinisch relevante problemen met depressieve symptomen aan het begin van de behandeling (66%), gevolgd door andere geestelijke en gedragsproblemen (60%), lichamelijke problemen (51%) problemen met sociale relaties (50%) en problemen met de kwaliteit van de daginvulling (35%). Bij de eindmeting waren er significant minder cliënten die nog relevante klachten hadden op deze schalen. Slechts op drie schalen waren er bij de eindmeting niet minder cliënten met relevante problematiek: problemen met alcohol of drugsgebruik, cognitieve problemen en algemene problemen met woonomstandigheden.

In overeenstemming met afgeronde cliënten hadden de meeste cliënten die na een jaar nog in zorg waren bij aanvang van de behandeling relevante problematiek op de schalen depressieve symptomen (68%), andere geestelijke en gedragsproblemen (63%), sociale relaties (49%), lichamelijke problemen (47%) en problemen met kwaliteit van de daginvulling (41%). Bij de eindmeting waren er significant minder cliënten met deze problematiek. In tegenstelling tot afgeronde cliënten, blijken er bij de eindmeting niet significant minder cliënten te zijn met klinisch relevante klachten wat betreft lichamelijke problematiek en problemen met ADL-activiteiten.

Tabel 9 Percentage cliënten dat bij de eindmeting psychische problematiek had in vergelijking met het aantal cliënten dat bij aanvang van de behandeling psychische problematiek had, uitgesplitst naar de afzonderlijke schalen van de HoNOS 65+ en uitgesplitst naar afgeronde en niet afgeronde cliënten

Schaal	Afgeronde cliënten		Niet afgeronde cliënten	
	begin (%)	eind (%)	begin (%)	eind (%)
1. Gedragsstoornissen	24,4	7,7*	21,2	11,2*
2. Opzettelijke zelfverwonding	4,9	1,4*	8,5	2,7*
3. Problemen met alcohol- of drugsgebruik	5,2	3,8	5,8	3,1
4. Cognitieve problemen	9,4	8,7	6,9	9,2
5. Problemen met lichamelijke ziekten/handicap	50,9	39,4*	46,9	44,6
6. Problemen hallucinaties / wanen	5,6	2,4*	11,2	4,2*
7. Problemen met depressieve symptomen	66,2	17,1*	67,7	33,8*
8. Andere geestelijke en gedragsproblemen	59,9	22,0*	63,1	43,5*
9. Problemen sociale/ondersteunende relaties	50,5	20,6*	48,8	32,3*
10. Problemen met ADL-activiteiten	24,7	16,0*	21,9	21,5
11. Algemene problemen met woonomstandigheden	7,7	5,9	9,2	9,6
12. Problemen met de kwaliteit van vrijetijdsbesteding/daginvulling	35,5	14,6*	41,5	20,0*

* McNemar Test $p < .05$

Ad 3) Schalen met betrekking tot de primaire diagnose

Een andere manier om de vooruitgang te bepalen is door te kijken of cliënten zijn opgeknapt op die schaal van de HoNOS 65+ die als meest belangrijk bij hun primaire diagnose kan worden aangemerkt.

We hebben daarbij de volgende indeling gemaakt:

- Depressieve stoornissen: schaal 'depressieve symptomen'
- Angststoornissen: schaal 'andere geestelijke en gedragsproblemen'
- Aanpassingsstoornis met depressie: schaal 'depressieve symptomen'
- Aanpassingsstoornis met angst: schaal 'andere geestelijke en gedragsproblemen'
- Aanpassingsstoornis met gemengde angst/depressie: schalen 'depressieve symptomen' of 'andere geestelijke en gedragsproblemen'
- Aanpassingsstoornis met stoornis in gedrag: schaal 'gedragsstoornissen'
- Aanpassingsstoornis met gemengde stoornis in emoties/gedrag: schalen 'gedragsstoornissen' of 'problemen met sociale/ondersteunende relaties'
- Aanpassingsstoornis niet gespecificeerd: schaal 'andere geestelijke en gedragsproblemen'
- Persoonlijkheidsstoornissen: schaal 'problemen met sociale/ondersteunende relaties'
- Aan alcohol gebonden stoornissen: schaal 'problemen met alcohol- of druggebruik'
- Aan een middel gebonden stoornissen: schaal 'problemen met alcohol- of druggebruik'

- Schizofrenie en andere psychotische stoornissen: schaal 'hallucinaties en/of wanen'
- Bipolaire stoornis, laatste episode depressief: schaal 'depressieve symptomen'
- Bipolaire stoornis, laatste episode manisch: schaal 'andere geestelijke en gedragsproblemen'
- Psychische stoornissen door een somatische aandoening: schaal 'lichamelijke ziekte/handicap'
- Somatoforme stoornissen: schaal 'andere geestelijke en gedragsproblemen'
- Stoornissen in de impulsbeheersing: schaal 'gedragsstoornissen'
- Genderidentiteitsstoornissen: schaal 'andere geestelijke en gedragsproblemen'
- Aandachtstekortstoornissen: schaal 'gedragsstoornissen'
- Relatieproblemen: schaal 'problemen met sociale/ondersteunende relaties'
- Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn: schaal 'problemen met sociale/ondersteunende relaties'
- Delirium: schaal 'lichamelijke ziekte/handicap'

Het blijkt dat 60% van de afgeronde cliënten verbeterd is op de, gezien de primaire diagnose, meest belangrijke schaal van de HoNOS 65+ (tabel 10). Bij 24% van de cliënten was bij de eindmeting nog steeds sprake van problematiek op deze schaal, of was juist problematiek opgetreden. Bij 16% van de cliënten was bij aanvang van de behandeling geen sprake van problematiek op de meest voor de hand liggende schaal, maar was dit bij de eindmeting ook niet het geval. Bij cliënten die langer dan een jaar in behandeling waren was 43% opgeknapt, maar bleek 40% nog steeds relevante problematiek te hebben op de meest belangrijke schaal van de HoNOS 65+ gezien de primaire diagnose.

Tabel 10 Percentage cliënten dat is opgeknapt op de belangrijkste schaal van de HoNOS 65+ behorend bij de primaire diagnose, uitgesplitst naar cliënten die korter en langer dan een jaar in behandeling waren

Vooruitgang	Afgerond (%)	Niet afgerond (%)
Niet opgeknapt	24,4	40,4
Opgeknapt	59,9	42,7
Geen problematiek	15,7	16,9

Ad 4) Effectsize

Bij afgeronde cliënten ligt het percentage cliënten dat klinisch significant is verbeterd door de behandeling op 75% en bij niet afgeronde cliënten op 62% (zie tabel 11). Het percentage cliënten dat klinisch significant verbeterd is bij de eindmeting ligt significant hoger in de groep afgeronde cliënten in vergelijking met de groep niet afgeronde cliënten (Wald = 11.08; df = 1; p = .00). De odds dat een cliënt klinisch significant is opgeknapt aan het eind van de behandeling is 1,9 keer zo groot in de afgeronde groep ten opzichte van de niet afgeronde groep.

Tabel 11 Mate waarin cliënten klinisch significant zijn opgeknapt bij de vervolgmeting, uitgesplitst naar afgeronde en niet afgeronde cliënten

Effectsize	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
Klein (kleiner of gelijk aan .32)	73 (25,4%)	100 (38,5%)
Middelgroot (.33 - .55)	24 (8,4%)	20 (7,7%)
Groot (groter dan .55)	190 (66,2%)	140 (53,8%)

5.2.2 Invloed van mogelijk versturende variabelen en behandeling

Eerst zullen de life events nader toegelicht worden. Vervolgens zal de invloed van de mogelijk versturende variabelen worden besproken.

Life events

Bij 298 van de 415 cliënten (72%) die korter dan een jaar in zorg waren is aangegeven welke life events zij hebben meegemaakt gedurende de behandelperiode. Ditzelfde geldt voor 210 van de 309 cliënten (68%) die na een jaar nog in zorg waren.

Het blijkt dat het percentage cliënten dat een of meerdere life events heeft meegemaakt gedurende de behandelperiode elkaar nauwelijks ontloopt in beide groepen (respectievelijk 57% en 61%), evenals het soort life events dat cliënten hebben meegemaakt (ernstige ziekte/lichamelijke achteruitgang, verhuizing, overlijden partner en ernstige ruzie of conflict met belangrijk persoon komen het meeste voor) (zie tabel 12). Onder de categorie 'anders' valt bijvoorbeeld psychische of verslavingsproblematiek bij een kind, echtscheiding, of het overlijden van vrienden.

Naarmate de leeftijd vordert is er een lichte stijging te zien in het percentage cliënten dat een of meerdere life events heeft meegemaakt gedurende de behandelperiode van 55% naar 61%. Er zijn geen duidelijke patronen waarneembaar in het soort gebeurtenis dat cliënten van verschillende leeftijden meemaken. Wel lijken oudere cliënten wat vaker te verhuizen of het overlijden van een partner mee te maken, terwijl jongere cliënten vaker een ernstige ruzie met een dierbaar persoon en financiële problemen mee maken.

Tabel 12 Life events die cliënten hebben meegemaakt gedurende de behandelperiode

Life event	Afgerond (%)	Niet afgerond (%)
ernstige ziekte of sterke lichamelijke achteruitgang	25,1	25,2
verhuizing	7,4	10,5
de partner is overleden	7,4	9,5
ernstige ruzie of conflict met iemand die belangrijk is voor de cliënt	7,4	8,6
ernstige ziekte of ernstig ongeluk van de partner van de cliënt	5,7	5,7
één of beide ouder(s) is overleden	3,7	4,8
een dierbaar familielid is overleden	3,0	5,2
ernstige ziekte of een ernstig ongeluk van een kind van de cliënt	2,7	4,8
opname in een verzorgingshuis of verpleeghuis van de partner van de cliënt	3,0	1,0
ernstige ziekte of een ernstig ongeluk van een dierbaar familielid van de cliënt	1,7	2,4
een kind is overleden	1,4	0,0
ernstige financiële problemen	1,0	1,0
slachtoffer van een ernstig misdrijf	1,0	0,0
anders	9,4	18,1

Invloed van demografie, life events en behandeling

Onder cliënten waarbij de behandeling binnen een jaar was afgerond, blijkt dat cliënten ouder dan 75 jaar ($F = 4.7$; $df = 1, 285$; $p = .03$), alleenstaanden ($F = 3.8$; $df = 1, 284$; $p = .05$), cliënten met somatische comorbiditeit ($F = 26.4$; $df = 1, 285$; $p = .00$), cliënten die geen psychologische behandeling ontvangen ($F = 4.40$; $df = 1, 272$; $p = .04$) en cliënten die begeleidingscontacten ontvangen ($F = 15.45$; $df = 1, 272$; $p = .00$) over het geheel genomen hoger scoren op de HoNOS 65+ in vergelijking met cliënten jonger dan 75 jaar, cliënten die samenwonen met een partner/anderen, cliënten zonder lichamelijke problematiek, cliënten die wel psychologische behandeling ontvangen of cliënten die geen begeleidingscontacten ontvangen.

Deze factoren zijn echter niet van invloed op de mate waarin cliënten opknappen. Zoals in tabel 13 te zien blijken life events en opname in een kliniek wel van invloed te zijn op de mate van verbetering: cliënten die geen life events hebben meegemaakt gedurende de behandelperiode knappen beter op dan cliënten die wel life events hebben meegemaakt en cliënten die opgenomen zijn geweest in een kliniek gedurende de behandeling zijn in mindere mate opgeknapt dan cliënten die niet opgenomen zijn geweest. Daarnaast is er een trend dat mannen beter opknappen dan vrouwen. Van alle mogelijke verschillen blijkt opname in de kliniek de mate waarin cliënten opknappen gedurende de behandeling het beste te voorspellen.

Bij cliënten die na een jaar nog in behandeling waren geldt dat cliënten ouder dan 75 jaar ($F = 5.7$; $df = 1, 258$; $p = .02$), cliënten met somatische comorbiditeit ($F = 5.8$; $df = 1, 258$; $p = .02$), cliënten die life events hebben meegemaakt ($F = 3.8$; $df = 1, 193$; $p = .05$) en cliënten die begeleidingscontacten hebben ontvangen ($F = 13.40$; $df = 1, 255$; $p = .00$) meer problematiek op de HoNOS 65+ laten zien dan cliënten jonger dan 75 jaar, cliënten zonder lichamelijke problematiek, cliënten die geen life events hebben meegemaakt of cliënten die geen begeleidingscontacten hebben ontvangen. Deze factoren zijn echter niet van invloed op de mate waarin cliënten opknappen. Zoals in tabel 13 te zien blijkt geslacht wel van invloed te zijn op de mate van verbetering: mannen knappen beter op dan vrouwen. Daarnaast is er een trend dat alleenstaanden minder goed opknappen dan cliënten die met een partner of anderen samenwonen. Van alle mogelijke verschillen blijkt geslacht de uitkomst van de behandeling het beste te voorspellen.

Tabel 13 De invloed van demografische variabelen, psychische of somatische comorbiditeit, life events en type behandeling op de mate waarin afgeronde en niet afgeronde cliënten verbeteren op de HoNOS 65+ door de behandeling

Variabele	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
Geslacht (man/vrouw)	$F=3.71$; $df=1, 285$; $p=.06$	$F=4.25$; $df=1, 285$; $p=.04$
Leeftijd (jonger/ouder 75 jaar)	$F=1.65$; $df=1, 285$; $p=.20$	$F=.59$; $df=1, 258$; $p=.44$
Samenstelling huishouden (alleen/ met partner of anderen)	$F=.23$; $df=1, 284$; $p=.63$	$F=3.59$; $df=1, 257$; $p=.06$
Opleidingsniveau (hoger of lager dan MBO)	$F=.24$; $df=1, 269$; $p=.63$	$F=.24$; $df=1, 247$; $p=.63$
Nationaliteit (autochtoon / allochtoon)	$F=.73$; $df=1, 284$; $p=.39$	$F=1.11$; $df=1, 258$; $p=.29$
Psychische comorbiditeit as I (geen / 1 of meer)	$F=.00$; $df=1, 285$; $p=.95$	$F=1.85$; $df=1, 258$; $p=.18$
Psychische comorbiditeit as II (geen / 1 of meer)	$F=.63$; $df=1, 285$; $p=.43$	$F=.60$; $df=1, 258$; $p=.44$
Somatische comorbiditeit as III (geen / 1 of meer)	$F=.34$; $df=1, 285$; $p=.56$	$F=2.57$; $df=1, 258$; $p=.11$
Life events (geen / 1 of meer)	$F=4.94$; $df=1, 241$; $p=.03$	$F=1.31$; $df=1, 193$; $p=.25$
Psychologische behandeling (nee/ ja)	$F=.05$; $df=1, 272$; $p=.83$	$F=.31$; $df=1, 255$; $p=.58$
Begeleidingscontact (nee/ja)	$F=1.37$; $df=1, 272$; $p=.24$	$F=1.59$; $df=1, 255$; $p=.21$
Psychofarmaca (ja/nee)	$F=.59$; $df=1, 272$; $p=.44$	$F=2.50$; $df=1, 255$; $p=.11$
Opname (ja/nee)	$F=7.80$; $df=1, 272$; $p=.01$	$F=.14$; $df=1, 255$; $p=.71$

5.2.3 Locaties

In tabel 14 is te zien dat het percentage cliënten dat klinisch significant is verbeterd aan het eind van de behandeling varieert tussen de instellingen.

Tabel 14 Variabiliteit tussen de instellingen¹ wat betreft het percentage cliënten dat klinisch significant is opgeknapt, uitgesplitst naar afgeronde en niet afgeronde cliënten

Instelling	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
Instelling 1	55	33*
Instelling 2	100	70
Instelling 3	68	39
Instelling 4	64	61*
Instelling 5	79	69
Instelling 6	76	71
Instelling 7	63	68
Instelling 8	78	64
Instelling 9	67	60
Instelling 10	83	43

* $p < 0.05$

Echter, zoals uit paragraaf 5.2.2 blijkt, moet bij het interpreteren van verschillen tussen instellingen rekening worden gehouden met een aantal variabelen. Als bij cliënten die korter dan een jaar in behandeling waren rekening wordt gehouden met verschillen in opname, life events en geslacht, blijkt dat geen van de instellingen significant slechter presteert dan de beste instelling. Bij deze instellingen zijn cliënten dus of vaker opgenomen geweest, of cliënten hebben meer life events meegemaakt, of er zijn meer vrouwen in zorg gekomen, waardoor ze op het oog slechter presteren dan instelling 2.

Als bij cliënten die na een jaar nog in behandeling waren rekening wordt gehouden met verschillen in geslacht en samenstelling huishouden, blijkt dat twee instellingen significant slechter hebben gepresteerd dan de beste instelling. Het feit dat er minder cliënten in deze instellingen klinisch significant verbeterd zijn in vergelijking met instelling zes kan niet verklaard worden doordat er meer vrouwen of alleenstaanden in behandeling zijn gekomen.

5.3 Tevredenheid met de zorg

Zoals in het tweede hoofdstuk vermeld, wordt de GGZ Cliëntenthermometer door de cliënt zelf ingevuld. De cliënt geeft aan hoe hij/zij de geboden zorg waardeert op vier

¹ Bij vier instellingen zijn minder dan twee eindmetingen binnen gekomen, waardoor de effectsize niet is berekend.

subdomeinen: 1. waardering van de informatie, 2. waardering van de inspraak, 3. waardering van de hulpverlener en 4. waardering van het behandelresultaat. De uitkomst van de thermometer geeft een indicatie van de sterke en zwakke kanten in het zorgproces. De score op bij de GGZ Cliëntenthermometer gaat van 0 (meest negatief) tot 1 (meest positief).

5.3.1 Totale groep

Van de 836 cliënten hebben 231 cliënten (28%) een GGZ Cliëntenthermometer ingevuld. Echter, 204 cliënten hadden voldoende vragen ingevuld om een totaalscore te kunnen berekenen. Ook per subschaal wisselt de respons: bijna alle cliënten hebben alle vragen over de hulpverlener ingevuld, evenals het rapportcijfer. Vragen over inspraak en resultaat worden vaker open gelaten.

De totaalscore op de GGZ Cliëntenthermometer is met 0,91 zeer hoog te noemen (tabel 15). Met name de hulpverlener wordt zeer positief gewaardeerd door de cliënten. De inspraak wordt relatief het minst beoordeeld, maar scoort nog altijd 0,84. Het rapportcijfer is met gemiddeld een 8,0 ook zeer hoog te noemen.

Per onderdeel varieert het percentage cliënten dat ontevreden is (een score lager dan 0,50 heeft) tussen de 0,4 en 2,5%. Dit aantal zou kunnen oplopen tot 72% als alle cliënten een GGZ Cliëntenthermometer hadden ingevuld.

Tabel 15 Gemiddelde score op de onderdelen van de GGZ Cliëntenthermometer

Onderdeel	Score
subschaal informatie	0,91
subschaal inspraak	0,84
subschaal hulpverlener	0,98
subschaal resultaat	0,89
totaalscore	0,91
rapportcijfer	8,00

5.3.2 Afgeronde en niet afgeronde cliënten

Er zijn 118 cliënten waarvan de behandeling binnen een jaar was afgerond die een GGZ Cliëntenthermometer hebben ingevuld. Ditzelfde geldt voor 110 cliënten die na een jaar nog in behandeling waren. Afgeronde en niet afgeronde cliënten verschillen niet significant van elkaar wat betreft tevredenheid over de zorg (zie tabel 16).

Tabel 16 Score op de GGZ Cliëntenthermometer, uitgesplitst naar cliënten waarvan de behandeling binnen een jaar was afgerond en cliënten die langer dan 1 jaar in zorg waren

Onderdeel	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
subschaal informatie	0,92	0,91
subschaal inspraak	0,84	0,84
subschaal hulpverlener	0,98	0,99
subschaal resultaat	0,91	0,87
totaalscore	0,91	0,91
rapportcijfer	8,00	8,00

5.3.3 Locaties

Zoals tabel 17 laat zien zijn er, met uitzondering van het rapportcijfer, verschillen tussen instellingen in de mate waarin cliënten tevreden zijn met de ontvangen zorg. Echter, bij geen enkele instelling pakt een score negatief uit.

Tabel 17 Variabiliteit tussen instelling op de score op de GGZ Cliëntenthermometer

Onderdeel	Variabiliteit tussen locaties
subschaal informatie	0,86 - 0,95
subschaal inspraak	0,76 - 0,91
subschaal hulpverlener	0,94 - 1,00
subschaal resultaat	0,83 - 0,97
totaalscore	0,85 - 0,94
rapportcijfer	7,90 - 8,00

5.3.4 Demografische verschillen

De enige demografische variabele die samenhangt met de mate van tevredenheid met zorg is leeftijd. Cliënten ouder dan 75 jaar zijn significant minder tevreden over de inspraak die zij gehad hebben in hun behandeling dan cliënten jonger dan 75 jaar (gemiddelden respectievelijk 0,88 en 0,78: $t = 2.45$; $df = 157$; $p = .01$). Van deze cliënten blijken cliënten ouder dan 75 jaar significant vaker ondersteunende begeleiding te hebben ontvangen, zowel individueel als van het systeem, dan cliënten jonger dan 75 jaar ($p = .01$). Verder blijken van deze cliënten de cliënten jonger dan 75 jaar vaker door een psycholoog behandeld te zijn ($p = .01$) en cliënten ouder dan 75 jaar vaker door een verpleegkundige ($p = .00$).

De tevredenheid hangt niet samen met geslacht, samenstelling huishouden en het opleidingsniveau.

6 Wat levert de zorg op bij cliënten met een depressie?

Zoals in de tussenrapportage van december 2009 reeds vermeld, waren er in de eerste meetronde te weinig cliënten met een depressie als hoofddiagnose geïnccludeerd. Daarom is depressie ook in de tweede meetronde de specifieke stoornis waarop we ons hebben gericht. Dit heeft tot gevolg dat in de huidige rapportage over de eerste meetronde slechts voorlopige resultaten met betrekking tot MEMO Depressie vermeld kunnen worden.

6.1 Type behandeling

Van de 336 cliënten die in de eerste meetronde zijn geïnccludeerd voor MEMO Depressie, is bij 263 cliënten (78%) aangegeven welk type behandeling zij gedurende de behandelperiode hebben ontvangen. In tabel 18 is te zien dat het merendeel van de cliënten met een depressie (80%) meer dan een type behandeling heeft ontvangen gedurende de behandelperiode.

Tabel 18 Totaal aantal behandelingen dat cliënten met een depressie hebben ontvangen gedurende de behandelperiode

Aantal behandelingen	Aantal cliënten (percentage)
1	54 (20,5%)
2	85 (32,3%)
3	77 (29,3%)
≥4	47 (17,9%)

Zoals in tabel 19 is te zien heeft tweederde van de cliënten met een depressie op enig moment gedurende de behandelperiode psychofarmaca voorgeschreven gekregen. Bij ruim 60% van de cliënten met een depressie is ondersteunende begeleiding van de cliënt ingezet en nog eens 60% van de cliënten heeft individuele gesprekstherapie ontvangen.

Tabel 19 Type behandeling dat cliënten met een depressie hebben ontvangen gedurende de behandelperiode

Type behandeling	Aantal cliënten (percentage)
Psychofarmaceutische behandeling	177 (67,3%)
Ondersteunende begeleiding cliënt	163 (62,0%)
Gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling - individueel	157 (59,7%)
Ondersteunende begeleiding systeem	57 (21,1%)
Activerende technieken	49 (18,6%)
Gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling - groep	35 (13,3%)
Relatie/systeemtherapie	26 (9,9%)
Opname in kliniek	22 (6,5%)
ECT	1 (0,4%)

6.2 Vooruitgang op de HoNOS 65+

Van de 336 cliënten met een depressie die geïnccludeerd zijn in de eerste meetronde, is bij 254 cliënten (76%) zowel een begin- als een eindmeting op de HoNOS 65+ ingevuld.

Zoals verwacht had het merendeel van de cliënten problemen met depressieve symptomen aan het begin van de behandeling (89%), gevolgd door andere geestelijke en gedragsproblemen (58%), problemen met sociale relaties (50%), problemen met lichamelijke ziekte (48%) en problemen met kwaliteit van de daginvulling (42%) (tabel 20). Met uitzondering van lichamelijke problematiek waren bij de eindmeting op de andere genoemde schalen significant minder cliënten die problematiek hadden.

Tabel 20 Aantal cliënten met depressie dat bij de eindmeting problematiek had in vergelijking met het aantal cliënten dat bij aanvang van de behandeling problematiek had, uitgesplitst naar de afzonderlijke schalen van de HoNOS 65+

Schaal	Problematiek aanwezig begin N (%)	Problematiek aanwezig eind N (%)	McNemar Test
1. Gedragsstoornissen	53 (20,9%)	22 (8,7%)	.000
2. Opzettelijke zelfverwonding	31 (12,2%)	7 (2,8%)	.000
3. Problemen met alcohol- of drugsgebruik	10 (3,9%)	6 (2,4%)	.424
4. Cognitieve problemen	21 (8,3%)	19 (7,5%)	.856
5. Problemen met lichamelijke ziekten/ handicap	122 (48,0%)	106 (41,7%)	.081
6. Problemen hallucinaties / wanen	20 (7,9%)	5 (2,0%)	.000
7. Problemen met depressieve symptomen	227 (89,4%)	82 (32,3%)	.000
8. Andere geestelijke en gedragsproblemen	147 (57,9%)	86 (33,9%)	.000
9. Problemen sociale/ondersteunende relaties	127 (50,0%)	62 (24,4%)	.000
10. Problemen met ADL-activiteiten	58 (22,8%)	42 (16,5%)	.026
11. Algemene problemen met woonomstandigheden	20 (7,9%)	14 (5,5%)	.210
12. Problemen met de kwaliteit van vrijetijdsbesteding/daginvulling	107 (42,1%)	42 (16,5%)	.000

Daarnaast is 71% van de cliënten met een depressie klinisch significant verbeterd (effectsize > .32) volgens de HoNOS 65+.

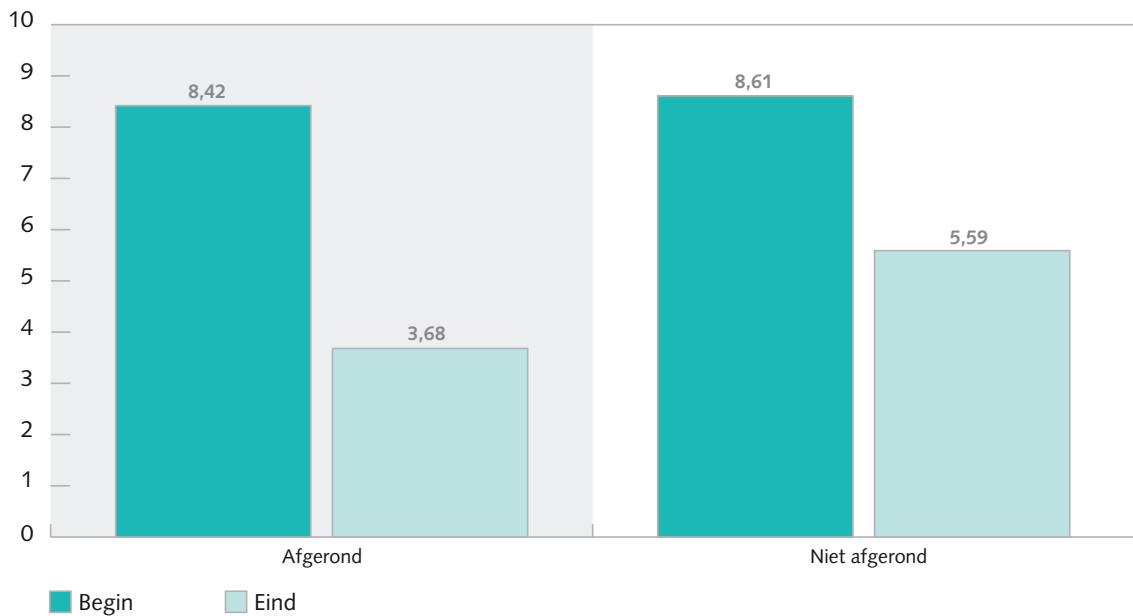
6.3 Vooruitgang op de GDS-15

Er zijn 304 cliënten met een depressie gemonitord in de eerste meetronde. Van de 162 cliënten waarbij de behandeling binnen een jaar was afgerond hebben 91 cliënten (56%) zowel een begin- als een eindmeting op de GDS-15 ingevuld. Ditzelfde geldt voor 97 van de 142 cliënten (68%) die na een jaar nog in zorg waren.

Bij aanvang van de behandeling hadden afgeronde cliënten een gemiddelde score van 8,4 punten, wat duidt op een middelmatige depressie. Bij de eindmeting scoorden de cliënten gemiddeld 3,7 punten, wat geen indicatie meer geeft voor depressiviteit. De totaalscore op de GDS-15 is daarmee significant verbeterd ($F = 133.16$; $df = 1, 90$; $p = .00$). Cliënten die na een jaar nog in zorg waren scoorden 8,6 punten bij aanvang van de behandeling. Bij eindmeting was dit gedaald naar 5,6 punten, een significante afname tot net onder de cut-off score van 6 ($F = 51.43$; $df = 1, 96$; $p = .00$).

Afgeronde cliënten zijn meer opgeknapt dan niet afgeronde cliënten ($F = 8.48$; $df = 1$, 186 ; $p = .00$).

Figuur 3 Gemiddelde score op de GDS-15 bij begin- en eindmeting, uitgesplitst naar afgeronde en niet afgeronde cliënten



Daarnaast is 78% van de afgeronde cliënten klinisch significant verbeterd volgens de GDS-15 (effectsize $> .32$) en 60% van de cliënten die na een jaar nog in behandeling waren.

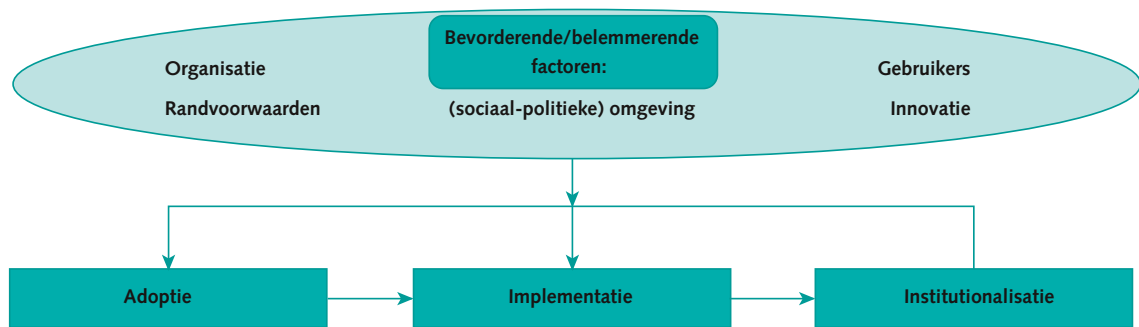
7 Bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van MEMO

7.1 Achtergrond

Gedurende de dataverzameling hebben wij gemerkt dat deze bij sommige instellingen goed loopt en bij andere instellingen moeilijker op gang komt. Om erachter te komen welke factoren eraan bijdragen dat de implementatie bij de ene instelling voorspoediger verloopt dan bij de andere, hebben wij onderzoek gedaan naar de bevorderende en belemmerende factoren die hierbij een rol spelen. Op deze manier wordt duidelijk aan welke voorwaarden moet worden voldaan om MEMO tot een succes te maken en kan hierop zo mogelijk geïntervenieerd worden.

Om de implementatie van MEMO te evalueren is gebruik gemaakt van het model van implementatie van zorgvernieuwingen (Fleuren et al., 2002) (figuur 4). In het onderste deel van het model is het proces van implementatie te zien. In de fase van adoptie wordt besloten om de innovatie te gaan uitvoeren. Hierop volgt de fase van implementatie, waarin de innovatie in praktijk wordt gebracht. In de fase van institutionalisatie is de innovatie nog steeds in gebruik en is inmiddels geen innovatie meer te noemen, maar een geïntegreerd onderdeel van het proces. In het bovenste deel van het model is te zien dat het proces van implementatie beïnvloedt wordt door verschillende factoren met betrekking tot de volgende thema's: de organisatie zelf (zoals organisatiecultuur), sociaal-politieke omgeving (zoals regelgeving), randvoorwaarden (zoals materiële voorzieningen), kenmerken van de gebruikers (zoals verwachtingen) en de innovatie zelf. De factoren kunnen bevorderend of belemmerend werken bij de implementatie van een innovatie. Dit model is eerder ook gebruikt bij onderzoek naar de implementatie van Routine Outcome Monitoring in de verslavingszorg (Oudejans et al., 2009).

Figuur 4 Model 'implementatie van innovatie' (Fleuren et al., 2002)



7.2 Methode

Van alle instellingen die aan de eerste meetronde van MEMO deelnamen hebben de interne coördinator van MEMO (vaak teamleider of manager) en een hulpverlener een vragenlijst ingevuld. Deze vragenlijst bestond uit een lijst van 32 factoren die volgens onderzoek van TNO een rol spelen bij de implementatie van zorgvernieuwingen in de gezondheidszorg (Van Dijk et al., 2006; Fleuren et al., 2002) (zie bijlage 1). De factoren kunnen hebben betrekking op de thema's: organisatie, (externe en interne) omgeving, hulpverlener, het project, randvoorwaarden. Respondenten konden per factor aangeven of deze op grond van hun ervaring en visie een belemmerende of bevorderende invloed vormde voor de invoering van MEMO. Per factor waren meerdere antwoorden mogelijk. Aan de hand van de vragenlijst zijn diepte interviews gedaan met de betrokkenen. Als werd aangegeven dat een factor belemmerend was, werd gevraagd hoe deze factor bevorderend kon worden gemaakt volgens de geïnterviewde. De interviewer was niet eerder betrokken geweest bij MEMO.

7.2.1 Analyse

De analyse met betrekking tot de factoren was als volgt. Als minder dan 60% van de respondenten aangaf een mening te hebben over de factor, beschouwden we de factor als niet relevant. Deze factor werd dan niet meegenomen in de verdere analyse. Als van de overgebleven factoren meer dan 80% van de respondenten aangaf dat een factor van invloed was (hetzij bevorderend, hetzij belemmerend), dan merkten we deze factor als invloedrijk aan. Een factor werd vervolgens als belemmerend dan wel bevorderend aangemerkt als deze invloedrijk was én als meer dan 50% van de respondenten had aangegeven dat de factor belemmerend dan wel bevorderend was. Van sommige factoren noemden respondenten zowel bevorderende als belemmerende kanten. Dat geeft aan dat die factor twee kanten op werkt: als hij aanwezig is, is hij bevorderend, maar als hij afwezig is, is hij belemmerend (in plaats van neutraal) en andersom. Het aantal malen dat een factor als bevorderend wordt genoemd, opgeteld bij het aantal malen dat een factor als belemmerend wordt genoemd, noemen we de impact.

7.3 Bevorderende en belemmerende factoren

7.3.1 Respons

Van de 26 mensen die benaderd waren, hebben 24 mensen uiteindelijk de vragenlijst “bevorderende en belemmerende factoren in MEMO” ingevuld en meegedaan aan een interview; elf coördinatoren en dertien hulpverleners. Dit was een respons van 92%.

7.3.2 Resultaten vragenlijst

In tabel 21 wordt een overzicht gegeven van de resultaten op de vragenlijst. In de kolom ‘% mening’ is te zien dat er geen factoren afvallen, omdat te weinig respondenten (minder dan 60%) er een mening over hadden.

Uit de kolom ‘% invloed’ blijkt dat er vijftien factoren zijn waar meer dan 80% van de respondenten van dacht dat ze van invloed waren. Om die reden zijn deze factoren aangewezen als invloedrijke factoren in de implementatie van MEMO. Er was één factor waar alle respondenten (100%) het over eens waren dat deze van invloed was: *materiële voorzieningen*. Er waren twee factoren die als het minst van invloed werden aangewezen: *grootte van de organisatie* (33,3%) en *financiële vergoeding* (41,7%).

Van de invloedrijke factoren is vervolgens aangegeven of het merendeel van de respondenten deze belemmerend dan wel bevorderend vond bij MEMO. Van de vijftien factoren zijn er negen overwegend als bevorderend aangemerkt: besluitvormingsproces, verdeling van verantwoordelijkheden, beschikbare expertise, steun van leidinggevende, kennis over het project, aansluiting op taken, eigendom van het project, materiële voorzieningen, administratieve ondersteuning. Vijf factoren worden overwegend als belemmerend ervaren: logistieke lijnen, steun van collega's, organisatie van de eigen agenda, belasting van de hulpverlener, uitdrukkelijke mening van opinieleider. Ten slotte is een factor even vaak belemmerend als bevorderend genoemd: betrokkenheid in de opzet van het project.

Van de invloedrijke factoren is tevens de impact berekend. De factor met de hoogste impact is *kennis over het project*, gevolgd door *steun van leidinggevende* en *materiële voorzieningen*. Bij aanwezigheid zijn deze factoren bevorderend, maar bij afwezigheid zijn deze factoren automatisch belemmerend voor de implementatie van MEMO.

Tabel 21 Overzicht van de invloed van verschillende factoren met betrekking tot de implementatie van MEMO

Factor	% Mening	% Invloed	% Belemmerend	% Bevorderend	Impact
THEMA 'ORGANISATIE'					
1: besluitvormingsproces	95,8	83,3		58,3	23
2: verdeling van verantwoordelijkheden	95,8	87,5		58,3	22
3: grootte van organisatie	95,8	33,3			
4: samenwerking in de organisatie	100	62,5			
5: capaciteit en personeelsverloop	95,8	58,3			
6: beschikbare expertise	100	83,3		58,3	23
7: logistieke lijnen	91,7	87,5	50,0		22
8: grootte van de teams	95,8	50			
THEMA 'EXTERNE OMGEVING'					
9: regels en wetten	91,7	50			
10: financiers en zorgverzekeraars	95,8	58,3			
THEMA 'INTERNE OMGEVING'					
11: participatie van cliënt	87,5	62,5			
12: steun van collega's	95,8	95,8	58,3		25
13: steun van leidinggevende	100	95,8		70,8	26
THEMA 'HULPVERLENER (GEBRUIKER)'					
14: kennis over het project	100	95,8		58,3	27
15: aansluiting op taken	100	95,8		58,3	25
16: eigendom van het project	100	91,7		83,3	24
17: verwachtingen over verandering	95,8	58,3			
18: interpreteren van uitkomsten	75	50			
19: motiveren van cliënten	75	54,2			
20: organisatie van eigen agenda	100	87,5	50,0		22
21: gedragsverandering	87,5	70,8			
22: belasting van de hulpverlener	100	91,7	87,5		24
THEMA 'INNOVATIE (PROJECT ZELF)'					
23: aantrekkelijkheid van de vragenlijsten	87,5	79,2			
24: relevantie van de vragenlijsten	87,5	79,2			
25: aantrekkelijkheid van de terugkoppelbijeenkomsten	70,8	66,7			
26: relevantie van de terugkoppelbijeenkomsten	70,8	66,7			
THEMA 'RANDVOORWAARDEN'					
27: financiële vergoeding	91,7	41,7			
28: materiële voorzieningen	100	100		70,8	26
29: administratieve ondersteuning	100	95,8		70,8	25
30: Beschikbare tijd voor invullen vragenlijsten en bijwonen terugkoppelbijeenkomsten	87,5	62,5			
31: betrokkenheid in de opzet van het project	95,8	95,8	50,0	50,0	24
32: uitdrukkelijke mening van opinieleider	87,5	83,3	50,0		23

7.3.3 Resultaten interviews

Hieronder wordt per thema toegelicht wat volgens de geïnterviewden van belang is voor een succesvolle implementatie van MEMO.

Organisatie

De beslissing om met MEMO te starten ligt volgens het merendeel van de geïnterviewden bij het management. Echter, daarna dienen hulpverleners zo spoedig mogelijk betrokken te worden bij de invulling van de uitvoering. Daarbij dient hen duidelijk te worden uitgelegd wat de voordelen van het project zijn en wat ze kunnen met de uitkomsten. Nadat het project van start is gegaan, dient het management continu te blijven informeren hoe het gaat. Het is van belang dat er nieuwe trainingen komen als het gebruik niet goed van de grond komt en er moet steeds duidelijk worden gewezen op wat hulpverleners kunnen met de resultaten. Het is de verantwoordelijkheid van de hulpverleners dat de vragenlijsten worden ingevuld, maar zij hebben hierbij wel sturing nodig en het moet geen vrijblijvend karakter hebben. Tevens dient het management de hulpverleners praktisch te ondersteunen, bijvoorbeeld door het aanstellen van een onderzoeksassistent. Ook bij een wisseling in het management is het van belang dat de nieuwe manager deze taken overneemt en voor voortgang zorgt. De onderzoeksassistent ondersteunt de hulpverleners door het herinneren aan meetmomenten en het verwerken van vragenlijsten in het systeem van MEMO. Het werkt niet bevorderend als er meerdere innovaties tegelijkertijd worden ingevoerd binnen de organisatie (bijvoorbeeld de invoering van een Elektronisch Patiënten Dossier).

Omgeving

Wat betreft de omgeving blijkt vooral de interne omgeving van invloed te zijn op het al dan niet succesvol implementeren van MEMO. De rol van de leidinggevende is essentieel en bestaat naast het continu motiveren en controleren van hulpverleners ook uit praktische steun, zoals het creëren van tijd en het instellen van een onderzoeksassistent. Wanneer hulpverleners niet inzien wat ze met MEMO kunnen in de praktijk en het gevoel hebben dat het alleen een grote werklast met zich meebrengt, zullen ze het project niet ondersteunen. Wanneer de resultaten toegankelijker worden gemaakt, bijvoorbeeld door deze terug te laten komen in het Elektronisch Patiënten Dossier, zal dit de motivatie van hulpverleners vergroten.

Hulpverleners

Dat hulpverleners kennis hebben over het project en inzien wat ze met de resultaten kunnen is van groot belang voor succesvolle implementatie. De kennis kan worden verkregen via informatiebijeenkomsten, trainingen, herhalingsbijeenkomsten en oefenmogelijkheden binnen de instelling. Daarbij is het van belang dat iedereen dezelfde informatie krijgt, zodat er geen onduidelijkheden ontstaan over de achtergrond en het doel (bijvoorbeeld dat het van de zorgverzekeraar moet en dat het om geld verdienen draait). De teamleider dient ervoor zorg te dragen dat de juiste kennis bij alle hulpverleners terecht komt. Daarnaast werkt het bevorderend als hulpverleners inzien dat de

vragenlijsten direct gebruikt kunnen worden in hun behandeling. Hierdoor zullen ze deze niet als een pure administratieve last ervaren, naast de reeds bestaande werkdruk, productieafspraken en andere innovaties die geïmplementeerd worden. Het beschikbaar maken van de individuele feedback per cliënt is hierbij belangrijk, evenals het integreren van de resultaten in behandelplanbesprekingen. Hierdoor zal MEMO makkelijker in het werk ingepast kunnen worden en meer prioriteit krijgen. Het gevoel ondersteund te worden, bijvoorbeeld door een onderzoeksassistent, neemt een deel van de druk weg. Hulpverleners zijn minder geïnteresseerd in benchmarking, dat is meer 'een hobby van het management'. De meeste hulpverleners zien in dat het belangrijk is om te meten wat je doet. Echter, sommigen hebben langer nodig om overtuigd te raken dat de behandeling kan verbeteren door kwaliteit te meten.

Randvoorwaarden

Een duidelijk, eenvoudig en bereikbaar ICT-systeem bevordert de implementatie. Administratieve ondersteuning door een onderzoeksassistent die vragenlijsten op de juiste momenten beschikbaar stelt, vragenlijsten verwerkt en vragen kan beantwoorden, is voor hulpverleners van groot belang voor de continuïteit van het project en het verkrijgen van routine. Ook als een teamleider regelmatig met de hulpverleners evalueert of de randvoorwaarden goed zijn, of dat er zaken verbeterd kunnen worden, bevordert dit de implementatie. Naast de teamleider is het wenselijk dat een of meer hulpverleners zelf uitdragen naar collega's welke voordelen het project heeft en laten zien wat zij doen met de resultaten in hun behandeling.

7.3.4 Conclusie met betrekking tot de implementatie

Alle genoemde bevorderende en belemmerende factoren komen in feite neer op een tweetal concepten die belangrijk lijken te zijn bij de implementatie: 1) steun en 2) aansluiting op het werk.

Ad 1) Steun

Het management moet de het initiatief ondersteunen en dit gedurende het project continu uitdragen naar de hulpverleners middels het organiseren van trainingen, het inbouwen van evaluatiemomenten, motiveren (onder de aandacht houden), controleren, zorgen voor administratieve ondersteuning en beschikbaar stellen van tijd.

Hulpverleners zullen het initiatief meer steunen als zij betrokken worden bij de opzet van het project, voldoende kennis hebben over het project, inzien wat ze met de resultaten kunnen in de praktijk en ondersteund worden om de administratieve last te beperken. Ook kunnen hulpverleners elkaar motiveren.

Een onderzoeksassistent kan praktische ondersteuning bieden in de dataverzameling door het herinneren aan en beschikbaar stellen en invoeren van vragenlijsten.

Ad 2) Aansluiting op het werk

Het is belangrijk zo goed mogelijk aan te sluiten bij reeds bestaande processen, zodat er zo min mogelijk verandert hoeft te worden. Sluit met de vragenlijsten aan bij wat

hulpverleners al doen en bij de reeds aanwezige expertise. Probeer de administratieve last zo beperkt mogelijk te houden en start niet teveel innovaties tegelijkertijd. Als hulpverleners duidelijk is wat ze met de resultaten kunnen, zullen ze het project beter kunnen integreren in hun werk en zal het minder als een belasting worden ervaren. Wanneer rekening gehouden wordt met deze zaken, zal dit een positieve invloed hebben op de uitvoering van MEMO.

7.4 Mening hulpverleners over werkbaarheid MEMO

Naast bovengenoemde vragenlijst en interviews hebben we in het kader van dit deelonderzoek ook nog per e-mail een vragenlijst gestuurd aan alle hulpverleners die deelnemen aan MEMO. Hiermee wilden we inzicht krijgen of zij de werkwijze van MEMO werkbaar vinden en wat er mogelijk voor verbetering vatbaar is. De vragenlijst kon via internet worden ingevuld en bestond uit vijf vragen (zie bijlage 2). Na twee weken werd een herinnering verstuurd. Ter verhoging van de respons werd per instelling een VVV-bon ter waarde van €25 verloot onder de hulpverleners die de vragenlijst hadden ingevuld. Uiteindelijk hebben 66 hulpverleners (38%) de vragenlijst ingevuld. Van hen is 42% man en 58% vrouw met een gemiddelde leeftijd van 48 jaar. Gemiddeld hebben de hulpverleners 22 jaar werkervaring. Zij hebben de volgende functie: sociaal psychiatrisch verpleegkundige (45%), psycholoog (31%), psychiater (10%), psychotherapeut (5%), maatschappelijk werker (3%), psycholoog in opleiding (3%) en sociaal geriater (2%). Tachtig procent van de hulpverleners vindt het dataverzameling proces van MEMO werkbaar. Het is weliswaar een tijdrovend proces, maar door training en oefening is het werkbaar. Slechts 17% van de respondenten blijkt gebruik te maken van de mogelijkheid om de voortgang van individuele cliënten in het systeem van MEMO te bekijken middels grafieken. De redenen om geen gebruik te maken van deze functie hebben betrekking op tijdgebrek (inloggen in apart systeem) en vergeten dat de mogelijkheid bestaat. Van de hulpverleners die gebruik maken van de individuele terugkoppeling in MEMO vindt 91% deze relevant. 36% past soms wat aan in de behandeling op basis van deze terugkoppeling. Iets meer dan de helft van de hulpverleners is aanwezig geweest bij de terugkoppelbijeenkomst, waarin de eerste resultaten van MEMO werden gepresenteerd. Redenen om niet te komen waren tijdgebrek, afwezigheid op de dag van de bijeenkomst, of niet goed geïnformeerd zijn over de bijeenkomst. Van de hulpverleners die wel aanwezig waren geweest vond meer dan 80% de bijeenkomst motiverend en verhoogde deze de betrokkenheid bij MEMO. Een aandachtspunt is dat er meer aandacht dient te worden besteed aan wat men in de praktijk kan met de resultaten. De volgende suggestie is gedaan om het proces van dataverzameling te verbeteren: het creëren van een link tussen het MEMO-systeem en het EPD, zodat MEMO meer geïntegreerd kan worden in de behandeling. De volgende suggestie is gedaan met betrekking tot het geven van feedback: meer praktijk gerichte feedback op individueel en op organisatie niveau, met een hogere frequentie. De feedback hoeft niet altijd face-to-face te zijn, maar kan ook via papier of email.

8 Samenvatting resultaten

8.1 Samenvatting resultaten

De eerste ronde van MEMO blijkt succesvol verlopen. In veertien GGZ-instellingen werden in totaal 767 cliënten herhaaldelijk gemeten. Een eindmeting was beschikbaar voor 69% van de participanten. Hoewel een uitval van 31% zeker ruimte biedt voor verbetering, ligt het percentage ruim boven het huidige streefniveau van instellingen en zorgverzekeraars met betrekking tot routine outcome monitoring. Zo heeft Kwaliteits-Zorg Nederland (KZN) de doelstelling in 2014 van minimaal 50% van de cliënten in de GGZ een eindmeting te hebben.

Ruim tweederde van de cliënten die in zorg komen op de ambulante afdeling ouderenspsychiatrie is vrouw. De gemiddelde leeftijd van de cliënten is 76 jaar en bijna allemaal hebben de Nederlandse nationaliteit. Meer dan de helft van de cliënten is alleenstaand en ruim 80% is laag opgeleid. In vergelijking met de algehele bevolking van 65 jaar en ouder, lijken cliënten die in zorg komen vaker vrouw te zijn, wat ouder te zijn, en vaker alleenstaand.

Het merendeel van de cliënten komt in zorg vanwege een depressie (42%), aanpassingsstoornis (22%) of angststoornis (11%). Ongeveer 30% van de cliënten heeft daarnaast nog een of meerdere andere psychische aandoeningen (as I) en een vijfde heeft te maken met persoonlijkheidsproblematiek (as II). Ruim 70% van de cliënten die in zorg komt heeft te maken met een of meer bijkomende lichamelijke aandoeningen die samenhangen met de psychiatrische diagnose (as III) en ruim 80% heeft nog minimaal één psychosociaal of omgevingsprobleem (as IV). Ruim 70% van de cliënten heeft bij intake een Global Assessment of Functioning-score van 50 of hoger. Bij ruim 40% van de cliënten duurt de behandeling langer dan een jaar. Bij 60% van de cliënten is de behandeling binnen een jaar afgerond en duurt deze gemiddeld zes maanden. Sommige instellingen zijn gericht op kortdurende behandeling, terwijl andere instellingen alleen de complexe, langdurige problematiek in zorg krijgen. Tussen instellingen verschilt de gemiddelde behandelduur dan ook tussen de vier en elf maanden.

Bij 71% van de cliënten (61% bij afgeronde en 83% bij niet afgeronde cliënten) bestaat de ontvangen behandeling uit minimaal twee typen behandeling. Individuele ondersteunende begeleiding, individuele gesprekstherapie en psychofarmaca zijn de meest ingezette typen behandeling. Met name bij cliënten die na een jaar nog in behandeling waren blijkt psychofarmaca te worden ingezet op enig moment gedurende de behandeling.

Bij aanvang van de behandeling hebben de meeste cliënten problematiek met betrekking tot de gebieden depressieve symptomen, andere geestelijke en gedragsproblemen (zoals angst en paniek, slapeloosheid of geestelijke stress en spanning), sociale relaties, lichamelijke ziekte en kwaliteit van de daginvulling. Aan het eind van de behandeling hebben significant minder cliënten problematiek op deze gebieden.

Het totaal aantal gebieden waarop cliënten problematiek vertonen blijkt ook significant

verminderd te zijn bij de eindmeting en meer dan de helft van de cliënten is verbeterd op het grootste probleemgebied gezien de primaire diagnose. Bij bijna 70% van de cliënten (75% bij afgeronde cliënten en 62% bij niet afgeronde cliënten) is een klinisch relevante verbetering zichtbaar.

Bij cliënten waarbij de behandeling binnen een jaar was afgerond dragen niet opgenomen worden in een kliniek, het uitblijven van life events gedurende de behandelperiode en mannelijk geslacht bij aan een beter behandelresultaat. Daarnaast functioneren cliënten ouder dan 75 jaar, alleenstaanden, cliënten met lichamelijke comorbiditeit, cliënten die geen psychologische begeleiding ontvangen en cliënten die begeleidingscontacten ontvangen in het algemeen slechter dan cliënten jonger dan 75 jaar, samenwonenden, cliënten zonder lichamelijke comorbiditeit, cliënten die wel psychologische begeleiding ontvangen en cliënten die geen begeleidingscontacten ontvangen, maar knappen zij niet minder goed op. Bij cliënten die na een jaar nog in zorg waren dragen mannelijk geslacht en samenwonen met een partner of anderen bij aan een beter behandelresultaat. Daarnaast vertonen cliënten ouder dan 75 jaar, cliënten met lichamelijke comorbiditeit, cliënten die life events hebben meegemaakt gedurende de behandelperiode en cliënten die begeleidingscontacten ontvangen meer problemen dan cliënten jonger dan 75 jaar, cliënten zonder lichamelijke comorbiditeit, cliënten die geen life events hebben meegemaakt en cliënten die geen begeleidingscontacten ontvangen. Dit heeft echter geen invloed op de mate waarin zij verbeteren door de behandeling.

Cliënten zijn over het algemeen zeer tevreden met de ontvangen behandeling. De hulpverlener waarderen zij relatief het beste en de inspraak in de behandeling relatief het minst goed. Cliënten ouder dan 75 jaar zijn ontevredener over de inspraak in de behandeling dan jongere cliënten.

Voorlopige resultaten met betrekking tot cliënten met een depressie wijzen erop dat depressieve klachten sterk afnemen door de behandeling.

8.2 Beperkingen

Er zijn enkele methodologische kanttekeningen te maken bij de resultaten, met name bij de representativiteit van de data. Ten eerste is gedurende de dataverzameling gebleken dat de locaties niet alle nieuwe cliënten die in aanmerking kwamen voor MEMO ook daadwerkelijk hebben geïnccludeerd. Hierdoor kan het zijn dat een bepaalde selectie van cliënten in MEMO terecht is gekomen. Wij hebben echter geen zicht op de groep cliënten die niet in MEMO is geïnccludeerd. Voor meetronde twee hebben wij maatregelen getroffen om hier wel zicht op te krijgen. Echter, voor de hier gepresenteerde gegevens van meetronde een ontbreken deze gegevens.

Ten tweede bestond bij een aantal locaties in het begin het misverstand dat zij alleen cliënten met een depressie dienden te includeren. Hierdoor kan het percentage cliënten met een primaire diagnose depressie een overschatting zijn en de rest van de primaire diagnoses een onderschatting.

9 Discussie

9.1 Discussie

Hieronder wordt op enkele onderdelen van de resultaten ingegaan.

Het percentage persoonlijkheidsproblematiek van 20% is waarschijnlijk aan de lage kant, omdat hulpverleners direct na de intake nog voorzichtig zijn met het stellen van een diagnose op as II. Deze wordt vaak pas later in het behandelproces gesteld. Opvallend is ook dat er geen persoonlijkheidsstoornissen uit cluster B zijn gescoord. Hieronder vallen de dramatische, emotionele en impulsieve persoonlijkheidsstoornissen (borderline, antisociaal, narcistisch en theatraal). De omgeving van cliënten met dergelijke stoornissen ondervindt vaak problemen hiervan, waardoor het waarschijnlijk zou zijn dat deze cliënten in zorg komen.

De GAF-score bij intake is relatief laag, maar zou te maken kunnen hebben met het feit dat er nauwelijks eerstelijns psychiatrie is voor ouderen (Ten Have et al., 2007).

Bij een groot deel van de cliënten die in zorg komen is ook sprake van lichamelijke problematiek. Dit vraagt om voorzichtigheid bij het voorschrijven van medicatie. Daarnaast is een groot deel van de cliënten laag opgeleid, wat psychologische behandeling (psycho-educatie, verwoorden en opschrijven van gedachten en gevoelens, huiswerk-opdrachten) kan bemoeilijken.

Bij 16% van de cliënten die in zorg zijn gekomen bleek er bij aanvang van de behandeling geen sprake te zijn van problematiek op de meest voor de hand liggende schaal van de HoNOS 65+ gezien de primaire diagnose. Dit kunnen cliënten zijn die korte tijd enige mate van begeleiding nodig hebben om bepaalde zaken weer op de rit te krijgen, maar die verder geen ernstige problematiek hebben.

Cliënten hebben aangegeven zeer tevreden te zijn met de ontvangen zorg. Echter, driekwart van de cliënten heeft geen cliëntenthermometer ingevuld. Het is daarom de vraag in hoeverre de uitval selectief is; mogelijk hebben cliënten die niet tevreden zijn met de zorg geen behoefte meer gevoeld om de cliëntenthermometer in te vullen. Echter, er zouden ook andere factoren een reden kunnen zijn voor de hoge tevredenheid, zoals het sociaal wenselijk invullen van de vragen of een goede match tussen hulpverlener en cliënt (hulpverleners hebben er meestal specifiek voor gekozen om met deze doelgroep te werken). Om hier zicht op te krijgen zou het goed zijn om zowel cliënten die wel een thermometer als cliënten die geen thermometer hebben ingevuld te interviewen.

9.2 Conclusie

De eerste bevindingen van MEMO wijzen op een effectieve ambulante geestelijke gezondheidszorg voor mensen van 65 jaar en ouder. Bij 70% van de cliënten treedt een klinisch relevante verbetering op in hun functioneren, hetgeen een sterk effect is vergeleken met andere sectoren binnen de gezondheidszorg. Daarbij wijzen de eerste, doch premature, resultaten erop dat cliënten zelf tevreden zijn. Een belangrijk aandachtspunt is echter de grote variatie tussen zorginstellingen, zowel in de effecten als in de populatie die zij behandelen. Deze verschillen zullen in volgende rapportages van MEMO dan ook extra aandacht krijgen.

10 Referenties

- Aartsen, M.J., Spitsbaard, A.K., Baarsen, C. van, Dhondt, A.T.F., Mascini, M., Nefs, A., Snoeijers, A., Dijk, M. van & Wilting, R. (2010). Een multicenterstudie naar betrouwbaarheid, validiteit en gevoeligheid voor verandering van de HoNOS 65+ binnen de ouderenpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52(8), 543-553.
- Beekman, A.T.F., Comepland, J.R.M. & Prince, M.J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*, 174, 307-311.
- Broersma, T.W. & Sytema, S. (2008). Implementatie van het meetinstrument HoNOS 65+. Onderzoek op een afdeling voor ouderenpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 77-82.
- Broersma, T.W. & Sytema, S. (2010). De Health of the Nation Outcome Scale als effectmaat in de ouderenpsychiatrie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 41 (1), 13-18.
- Burns, A., Beevor, A. S., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M., Mulinga, J., & Hadden, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+). *The British Journal of Psychiatry*, 174, 424-427.
- CBS geslacht (26 juli 2010): <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=7461BEV&D1=0&D2=1-2&D3=l&D4=58-59&HDR=T,G3&STB=G1,G2&VW=T>
- CBS leeftijd (26 juli 2010): <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=7461BEV&D1=0&D2=0&D3=112-120,l&D4=58-59&HDR=T,G3&STB=G1,G2&VW=T>
- CBS: samenstelling huishouden (26 juli 2010): <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37975&D1=1-2,10&D2=92-98&D3=13&HDR=T&STB=G1,G2&VW=T>
- CBS overledenen (26 juli 2010): <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37530NED&D1=0&D2=0,114-120&D3=a&D4=l&HDR=T,G1&STB=G2,G3&VW=T>
- CBS nationaliteit (26 juli 2010): <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=03743&D1=0&D2=l&D3=1,129&D4=12&VW=T>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Depla, M., Pot, A.M., Graaf, R. de, Dorsselaer, S. van, Sonnenberg, C. & Deeg, D. (2005). *Schatting van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg door ouderen in 2010 en 2020*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Dijk, A. van, Schippers, G.M. & Visser, G. (2006). *Is invoering ook uitvoering? Evaluatie van de toepassing van twee nieuwe methodieken in de verslavingszorg*. Amsterdam: AIAR.
- Donker, G.A. (2006). *Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2005*.

- Utrecht: Nivel, 2006
- Fleuren, M.A.H., Wieffering, C.H. & Paulussen, T.G.W.M. (2002). *Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties*. Leiden: TNO.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hamer, R.M. & Simpson, P.M. (2009). Last Observation Carried Forward Versus Mixed Models in the Analysis of Psychiatric Clinical Trials. *Am J Psychiatry*, 166 (6), 639-641.
- Kok, R. (2008). *Addendum Ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie*. www.ggzrichtlijnen.nl
- Kok, I. & Mulder, E. (2005). *Cliëntwaardering in de GGZ: Handleiding bij de diverse Thermometers (versie 2005)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Montgomery, S.A. & Åsberg, M.A. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*, 134, 382-389.
- Nordhus, I. H. & Pallesen, S. (2003). Psychological treatment of late-life anxiety: an empirical review. *J.Consult Clin.Psychol.*, 71, 643-651.
- Oudejans, S.C.C., Nabitz, U. & Schippers, G. (2009). Routine Outcome Monitoring in de verslavingszorg. Bevorderende en belemmerende factoren. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64 (9), 774-784.
- Sheikh, R. L. & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173.
- Spear, J., Chawla, S., O'Reilly, M. & Rock, D. (2002). Does the HoNOS 65+ meet the criteria for a clinical outcome indicator for mental health services for older people? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 226-230.
- StataCorp: *Stata Statistical Software: Release 9.1*. Texas: Stata Corporation; 2005.
- Turner, S. (2004). Are the Health of the nation outcome scales (HoNOS) useful for measuring outcomes in older people's mental health services? *Aging & Mental Health*, 8(5), 387-396.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Lum, O. et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17, 37-49.
- Veerbeek, M.A., Pot, A.M., Dorland, L.M., Depla, M. & Have, M. ten (2007). Haalbaarheidsstudie naar peilstations. In: Pot, A.M., Depla, M, Have, M. ten (red.). *Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Rapportage 2006*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wing, J.K., Beever, A.S., Curtis, R.H., Park, S.B.G., Hadden, S. & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18.

Bijlage 1 Vragenlijst bevorderende en belemmerende factoren

Naam invuller:	Naam instelling:			
	Weet niet	Belemmerend	Geen invloed	Bevorderend
Factoren met betrekking tot de organisatie				
1. De besluitvorming binnen de instelling over dit project				
2. De verdeling van verantwoordelijkheden binnen de instelling				
3. De grootte van de instelling				
4. Samenwerking binnen de instelling				
5. De capaciteit/bezettingsgraad en het personeelsverloop				
6. De beschikbare expertise op teamniveau				
7. De bestaande logistieke lijnen binnen de instelling				
8. De grootte van de teams				
Factoren met betrekking tot de omgeving				
<i>EXTERNE OMGEVING</i>				
9. Regels en wetten (privacy wetgeving)				
10. Financiers en zorgverzekeraars				

	Weet niet	Belemmerend	Geen invloed	Bevorderend
INTERNE OMGEVING				
11. De bereidheid van de cliënt om mee te werken				
12. De steun voor het project van collega's binnen de instelling				
13. De steun voor het project van leidinggevende binnen de instelling				
Factoren met betrekking tot de hulpverlener				
14. De kennis van de hulpverlener over het gehele project. Begrip voor het achterliggende doel				
15. De aansluiting op de taken van de hulpverlener				
16. Het gevoel dat het project eigendom is van de betrokkenen, of dat het 'vreemd' is en van buiten komt				
17. De verwachtingen van de hulpverleners dat er veranderingen mogelijk zijn op grond van de uitkomsten				
18. Het kunnen interpreteren van uitkomsten door de hulpverlener				
19. Het kunnen motiveren van cliënten bij het invullen van de vragenlijsten				
20. Het organiseren en plannen van de eigen werkzaamheden				
21. In staat zijn tot gedragsverandering				
22. De belasting van de hulpverlener				
Factoren met betrekking tot het project zelf				
23. De aantrekkelijkheid van de vragenlijsten				
24. De inhoudelijke relevantie van de gebruikte vragenlijsten				
25. De aantrekkelijkheid van de terugkoppelbijeenkomsten				

26. De inhoudelijke relevantie van de terugkoppelbijeenkomsten				
	Weet niet	Belemmerend	Geen invloed	Bevorderend
Factoren met betrekking tot de randvoorwaarden				
27. De financiële vergoeding (of het ontbreken daarvan)				
28. Materiële voorzieningen. (Vragenlijsten en dergelijke)				
29. De administratieve ondersteuning (bv invoerwerk)				
30. De tijd die het kost en die beschikbaar is voor het laten invullen en opsturen van vragenlijsten en het bijwonen van terugkoppelbijeenkomsten				
31. Betrokkenheid van hulpverleners bij het opzetten van het project				
32. De uitdrukkelijke mening van een of meer betrokkenen (opinie leider)				

(Oudejans et al., 2009)

Bedankt voor het invullen!

Bijlage 2 Vragenlijst hulpverleners over MEMO

1. Algemene informatie

Naam (optioneel): _____

Organisatie: _____

Geslacht: _____ M / V

Leeftijd: _____ jaar

Functie: _____

Werkervaring: _____ jaar

2. Het verzamelen van de gegevens

U bent als behandelaar essentieel voor het invullen van de vragenlijsten (bijv. de HoNOS65+). Is deze procedure werkbaar voor u?

JA / NEE

Toelichting: _____

3. Uw oordeel over de individuele terugkoppeling per patient

Heeft U na 1 juni 2008 het klachtenbeloop bij één of meerdere van uw patiënten bekeken m.b.v. de grafieken in MEMO?

JA / NEE (indien NEE, ga na de toelichting door naar vraag 4)

Toelichting: _____

Vindt u de terugkoppelingen relevant voor uw werk?

JA / NEE

Toelichting: _____

Heeft u op basis van de feedback over de behandeling uw behandelingsplan voor de specifieke cliënt aangepast?

JA / NEE

Toelichting: _____

Wilt u hieronder de waarde van deze individuele terugkoppelingen aangeven met een rapportcijfer?

1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

Vindt u dat MEMO met deze vorm van terugkoppelingen door moet gaan?

JA / NEE

Toelichting: _____

4. Uw oordeel over de terugkoppelbijeenkomst voor uw instelling/afdeling door het Trimbos

Heeft u de bijeenkomst bijgewoond waarin de eerste voorlopige resultaten werden gepresenteerd?

JA / NEE (indien NEE, ga na de toelichting door naar vraag 5)

Toelichting: _____

Vindt u een dergelijke terugkoppeling relevant voor uw werk?

JA / NEE

Toelichting: _____

In de terugkoppelingen werden de resultaten binnen uw GGz organisatie vergeleken met die van het landelijk gemiddelde. Vindt u de vergelijking van resultaten nuttig voor uw werk?

JA / NEE

Toelichting: _____

Kunt u tenminste één gegeven noemen dat u is opgevallen in wat werd teruggekoppeld?

1. _____

2. _____

3. _____

Kunt u tenminste één gegeven noemen dat u nog miste tijdens de terugkoppeling?

1. _____

2. _____

3. _____

Hieronder kunt u de (door u bijgewoonde) terugkoppeling beoordelen met een rapportcijfer?

1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

Vindt u dat MEMO met deze vorm van terugkoppelingen door moet gaan?

JA / NEE

Toelichting: _____

5. Suggesties t.a.v. het verzamelen en terugkoppelen van resultaten in de GGZ voor ouders?



De Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen (MEMO) wordt uitgevoerd door het Programma Ouderen van het Trimbos-instituut, met financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Doel van MEMO is inzicht krijgen in de kwaliteit en effectiviteit van de psychische hulpverlening aan ouderen.

De eerste meetronde (2010) heeft plaatsgevonden in 14 GGz-instellingen. De resultaten geven antwoord op de volgende vragen: Wie komt er in zorg bij de afdeling ouderen? En: Wat levert de zorg op bij cliënten die in behandeling zijn geweest? Een van de gebruikte meetinstrumenten is de HoNOS 65+. In deze uitgave wordt ingegaan op de vraag of deze vragenlijst een betrouwbaar meetinstrument is. Tevens wordt er voor elke meetronde een specifieke cliëntengroep gevolgd. In de eerste meetronde waren dat cliënten met de diagnose depressie. Hierdoor kan er antwoord gegeven op de vraag: wat levert de zorg op bij cliënten met een depressie? Tot slot komen in deze uitgave de resultaten van een onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van MEMO aan bod.

Het programma Ouderen van het Trimbos-instituut richt zich op het verbeteren van de geestelijke gezondheid van ouderen door de kennis daarover te vergroten en deze te vertalen in beleid en praktijk van de ouderenzorg.