

Colofon

Titel:	Ho(w)-NOS?
Ondertitel:	Een onderzoeksrapport naar de uitkomsten van de HoNOS 65+ en de mogelijkheden voor het verwerken van deze uitkomsten ter verbetering van zorg binnen Juliana-Oord.
In opdracht van:	Mw E. vd Blom Functie: Teamleider, Symfora groep, Juliana-Oord, Neuropsychiatrie in samenwerking met de Christelijke Hogeschool Ede.
Auteurs:	M.W. de Gast K. Pronk-Theunisse H.T.J. van Unen K. Vijlbrief
Projectbegeleiders:	Mw. M. Visscher Functie: Docent, Christelijke hogeschool Ede

© Juni 2010/Laren

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen worden in een archief of enigerlei andere vorm of op enigerlei wijze openbaargemaakt worden, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopie, geluidsband, of op enig andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de auteurs.

Woord vooraf

Dit onderzoeksverslag is tot stand gekomen als afsluiting van de opleiding verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede. Dit onderzoek is uitgevoerd door 4 verpleegkunde studenten in opdracht van Symfora groep, locatie Juliana-Oord.

In dit onderzoek staat de HoNOS 65+ scorelijst centraal. Welke ruim een jaar gebruikt is binnen Juliana-Oord. Er is binnen de instelling behoefte aan adviezen over de praktische toepassing van de uitkomsten van de HoNOS 65+. Met dit onderzoek hopen wij antwoord te geven op deze vraag.

Dit onderzoeksverslag is niet door alleen de inzet van de 4 studenten tot stand gekomen. Wij willen graag een aantal betrokkenen bij dit onderzoek daarom onze dank betuigen.

Allereerst Ellen van der Blom, teamleider en directe opdrachtgever van dit onderzoek. Bedankt voor het tot stand brengen van deze afstudeermogelijkheid. Je hebt ons gestimuleerd, gemotiveerd en gecoacht. Dank voor de tijd die je hebt vrijgemaakt en het vertrouwen wat je ons hebt gegeven.

Marjet Visscher, docent verpleegkunde. Dank voor je geduld tijdens de verschillende fasen van ons onderzoek en ook je flexibiliteit in tijdsplanning. Je hebt ons geïnspireerd, en gemotiveerd door je eigen enthousiasme voor het onderzoek. Bedankt voor de gesprekken waarin je met ons mee hebt gedacht en je kennis met ons hebt gedeeld.

Verder gaat onze dank uit naar de medewerkers van verschillende GGZ organisaties bij wie de telefonische interviews af zijn genomen. Dank aan Rik Oostenbroek die de grafische vormgeving van het voorblad heeft verzorgd. Ook gaat onze dank uit naar vrienden en familie die hun kennis van onderzoek, statistiek, spelling en grammatica met ons gedeeld hebben. Last but not least willen we de mensen die dicht om ons heen staan en ons in het proces met veel geduld, steun en interesse hebben bijgestaan bedanken.

Samenvatting

In dit onderzoeksrapport staan de uitkomsten van de HoNOS 65+ en de mogelijkheden voor het verwerken van deze uitkomsten ter verbetering van de zorg binnen Juliana-Oord. De HoNOS 65+ is een gevalideerd meetinstrument wat de behandel effecten in kaart brengt aan de hand van 12 schalen. Voor dit onderzoek zijn de volgende twee vraagstellingen geformuleerd:

- 1. In welke mate zijn de uitkomsten van de 12 schalen van de HoNOS 65+ bij de derde afname veranderd ten opzichte van de eerste afname?*
- 2. Welke mogelijkheden zijn er om de uitkomsten van de HoNOS 65+ te gebruiken ter verbetering van de zorg binnen de behandelprogramma's Neuropsychiatrische stoornissen en Rehabilitatie van Juliana-Oord?*

De opzet van dit onderzoek bestaat uit een kwalitatief en een kwantitatief deel. Het kwantitatieve deel geeft een weergave van de uitkomsten van de HoNOS 65+ van 57 patiënten met een minimale opnameduur van 10 weken en 3 afgenomen HoNOS65+ scorelijsten. Om de vraagstelling te kunnen beantwoorden zijn de uitkomsten van de eerste en de derde afgenomen HoNOS 65+ scorelijst vergeleken. Hiernaast is een statistische formule (Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt) toegepast om het verband tussen behandelduur en schaal te meten. Voor het kwalitatieve deel zijn 10 GGZ organisaties uit Nederland geïnterviewd, die inzicht geven in de gebruikservaringen met de HoNOS(65+).

Uitkomsten

Uit het kwantitatieve onderzoek blijkt dat er nauwelijks tot geen significant verband bestaat tussen behandelduur en de toe of afname van de schaalscores. Alleen de schalen cognitieve problemen en problemen met lichamelijke ziekte/handicap tonen een matig tot sterk positief verband. Conclusie hieruit is dat, naast andere factoren, de behandelduur een positief verband toont met de toe of afname van de scores.

Uit overige schalen is geconcludeerd dat de behandelduur nauwelijks tot geen verband heeft met de verandering van schaalscores. Opmerkelijk is dat de scores op de schaal opzettelijke zelfverwonding en de schaal problemen die gepaard gaan met hallucinaties en/of wanen voor een groot deel gelijk zijn gebleven. Ook valt op dat de scores op de schalen gedragsstoornissen, problemen met alcohol en/of drugsgebruik en problemen met werk en vrijetijdsbesteding meer zijn toegenomen dan afgenomen.

Conclusies uit het gehele onderzoek laten de volgende mogelijkheden zien voor het gebruik van de HoNOS 65+ binnen Juliana-Oord:

- In kaart brengen van het behandelverloop en/of de ziekte.
- Vormgeven, bijstellen en evalueren van het behandelplan.
- Uitkomsten van de HoNOS 65+ vergelijken met andere afdelingen en/of organisaties.
- Routinematig metingen uitvoeren om vergelijkingen in de tijd of met andere patiënt categorieën te maken.

Bovenstaande mogelijkheden zijn van invloed op de verpleegkundige zorgverlening. De zorg wordt meer gespecificeerd op de probleemgebieden van de patiënt. Dit heeft volgens de onderzoekers verbetering van zorg als gevolg.

Aanbevelingen

Dit onderzoek geeft de volgende aanbevelingen weer:

- Gebruik van de uitkomsten van de HoNOS 65+ als leidraad bij het vormgeven, bijstellen en evalueren van het behandelplan.
- Formuleren van schaalspecifieke interventies.
- Vergelijkingen maken tussen eigen uitkomsten en die van andere afdelingen of organisaties.
- Multidisciplinair bepalen van de scores.
- Kennis nemen van publicaties en samenwerkingsprojecten, op het gebied van psychiatrische zorg, waarin de HoNOS 65+ een rol speelt.
- Vervolgonderzoek (laten) doen met gebruik van de tweede meting, om de toe of afname van de score specifieker in kaart te brengen.
- Multidisciplinair bespreken van mogelijke oorzaken van de schalen die scores laten zien die niet gelijk zijn aan de verwachting dat problemen in de loop van de behandeling afnemen.
- Herhaling van de HoNOS 65+ training en formuleren van een standaard voor schalen die (mogelijk) verschillend geïnterpreteerd worden.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Probleemstelling	7
1.3 Afbakening	8
1.4 Begripsverheldering	8
1.5 Opbouw verslag	8
2. Vooronderzoek	9
2.1 Deelvraag 1.1	9
2.1.1 <i>De HoNOS 65+</i>	10
2.1.2 <i>Betrouwbaarheid en validiteit van het meetinstrument</i>	10
3. Onderzoeksontwerp	13
3.1 Vraagstelling 1	13
3.1.1 <i>Onderzoeksmethode</i>	13
3.1.2 <i>Onderzoekspopulatie</i>	13
3.1.3 <i>Steekproef</i>	15
3.1.4 <i>Werkwijze</i>	15
3.1.5 <i>Validiteit en betrouwbaarheid</i>	16
3.2 Vraagstelling 2	17
3.2.1 <i>Onderzoeksmethode</i>	17
3.2.2 <i>Onderzoekspopulatie</i>	18
3.2.3 <i>Steekproef</i>	18
3.2.4 <i>Werkwijze</i>	18
3.2.5 <i>Validiteit en betrouwbaarheid</i>	19
4. Literatuurstudie	20
4.1 Deelvraag 2.1	20
4.2 Deelvraag 2.2	21
5. Resultaten	23
5.1 Resultaten kwantitatieve analyse	23
5.2 Resultaten kwalitatief onderzoek	27
5.2.2 <i>Kader</i>	27
5.2.3 <i>Relevante gegevens</i>	27
6. Conclusie	30
6.1 Deelvraag 1.1	30
6.2 Vraagstelling 1	30
6.3 Deelvraag 2.1	31
6.4 Deelvraag 2.2	31
6.5 Deelvraag 2.3	31
6.6 Vraagstelling 2	32
7. Aanbevelingen	34
7.1 Vraagstelling 1	34
7.2 Vraagstelling 2	35
8. Discussie	37
8.1 Kwalitatief onderzoek	37
8.2 Kwantitatief onderzoek	38
9. Literatuur	39
Bijlage 1	42
Bijlage 2	54

1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de aanleiding, de doelstellingen en de vraagstellingen met de bijbehorende deelvragen beschreven. Ook worden de afbakening en de begripsverheldering in dit hoofdstuk weergegeven, evenals een korte beschrijving van de opbouw van het verslag.

1.1 Aanleiding

Het onderzoek is uitgevoerd binnen Juliana-Oord; een bovenregionaal centrum voor Neuropsychiatrie. Op Juliana-Oord wordt gewerkt met drie behandelprogramma's, te weten Detox, Neuropsychiatrische stoornissen ten gevolge van niet aangeboren hersenletsel en het behandelprogramma Rehabilitatie. Juliana-Oord biedt het hele traject van ontgiften, diagnosticeren, behandeling en resocialisatie aan. De doelgroep bestaat uit mensen met (een vermoeden van) niet aangeboren hersenletsel in de leeftijd van 18 jaar en ouder. Dit kan zijn ten gevolge van een doorgemaakt trauma, CVA, hersentumor en alcohol en/of drugsmisbruik. De duur van de behandeling varieert per behandelprogramma en kan drie weken tot maximaal een jaar duren.

Juliana-oord heeft de afgelopen periode veel aandacht besteed aan het vormgeven van de Routine Outcome Monitoring (ROM). De ROM is landelijk ingezet om routinematig de effecten van de behandeling in kaart te brengen middels valide en/of veel gebruikte meetinstrumenten. Voor de realisatie van de ROM is de HoNOS 65+ (Health of the Nation Outcome Scale) reeds geïmplementeerd. De HoNOS 65+ is een meetinstrument die de effecten van de behandeling in kaart brengt. Door middel van 12 schalen kan uitspraak worden gedaan over het sociaal en psychisch functioneren van de patiënt en mogelijke veranderingen. Deze scorelijst is van iedere patiënt, aan het begin van opname, na iedere tussentijdse behandelevaluatie en bij ontslag afgenomen.

Tot op heden zijn er nog geen verdere stappen ondernomen met de beschikbare HoNOS 65+ data. Daarnaast is het voor Juliana-Oord van belang om te weten hoe deze uitkomsten en analyses verder gebruikt kunnen worden. In dit onderzoek wordt nagegaan welke mogelijkheden daarvoor zijn. Verder zullen de uitkomsten, van de eerste en derde afgenomen scorelijst, van het afgelopen jaar worden geanalyseerd.

1.2 Probleemstelling

Dit onderzoek richt zich op twee gebieden; te weten de uitkomsten van de HoNOS 65+ en mogelijkheden in het gebruik van deze uitkomsten voor de praktijk.

Deze twee gebieden zijn verwerkt in twee doelstellingen, twee vraagstellingen en enkele deelvragen.

Doelstelling 1

De mate van de verandering van de scores, op de 12 schalen van de HoNOS 65+, van de derde afname ten opzichte van de eerste afname, inzichtelijk maken.

Vraagstelling 1

In welke mate zijn de uitkomsten van de 12 schalen van de HoNOS 65+ bij de derde afname veranderd ten opzichte van de eerste afname?

Deelvraag

1.1 Wat is de HoNOS 65+?

Doelstelling 2

Advies geven over de mogelijkheden om de uitkomsten van de HoNOS 65+ te gebruiken ter verbetering van de zorg binnen de behandelprogramma's Neuropsychiatrische stoornissen en Rehabilitatie van Juliana-Oord.

Vraagstelling 2

Welke mogelijkheden zijn er om de uitkomsten van de HoNOS 65+ te gebruiken ter verbetering van de zorg binnen de behandelprogramma's Neuropsychiatrische stoornissen en Rehabilitatie van Juliana-Oord?

Deelvragen

2.1 Wat zegt de literatuur over het gebruik van de uitkomsten van de HoNOS 65+?

2.2 Wat zegt de literatuur over het gebruik van effectmetingen ter verbetering van de zorg?

2.3 Hoe gebruiken GGZ organisaties de uitkomsten van de HoNOS (65+)?

1.3 Afbakening

Bij de formulering van de onderzoeksvragen zijn een aantal keuzes gemaakt om het onderzoek af te bakenen. In het onderzoeksontwerp worden deze keuzes verantwoord. In deze paragraaf wordt alleen de afbakening van de vraagstellingen verantwoord.

Bij de formulering van de tweede vraagstelling is gekozen om geen ja/nee vraag te stellen, maar dit te ondervangen door de term *mogelijkheden*. De vraag of er mogelijkheden zijn en zo ja/nee wat deze zijn, zijn zo beide in de vraagstelling terug te vinden. Voordeel van de gekozen formulering ten opzichte van een ja/nee vraag is dat er indirect een vraag om uitleg aan verbonden zit.

In dit onderzoek zijn geen uitspraken gedaan over ‘kwaliteit van zorg’, omdat er meerdere indicatoren nodig zijn dan alleen de uitkomsten van een effectmeting. Om deze reden is gekozen te spreken over ‘verbetering van zorg’ en niet over ‘kwaliteit van zorg’ (Sluijs E., Beek S. van, Mouthaan I., Neef M. de & Wagner C. 2002).

1.4 Begripsverheldering

In deze paragraaf worden de begrippen die in de vraagstelling zijn opgenomen verhelderd.

HoNOS (65+): deze afkorting staat voor Health of the Nation Outcome Scale. De 65+ versie is een ontwikkelde versie voor patiënten ouder dan 65 jaar. De reguliere HoNOS scorelijst is in Engeland ontwikkeld om routinematig het sociaal en psychisch functioneren van psychisch/psychiatrisch zieke mensen in kaart te brengen. De scores worden ingevuld door een beoordelaar (arts, verpleegkundige, psycholoog). Het meetinstrument is onderverdeeld in 12 schalen. Voor een uitgebreide beschrijving van de HoNOS 65+ en de verklarende tabellen wordt verwezen naar het vooronderzoek en bijlage 1.

In dit onderzoek wordt onder *zorg*, het verplegen, begeleiden en behandelen van patiënten met psychische, sociale en lichamelijke noden, verstaan.

1.5 Opbouw verslag

In het volgende hoofdstuk wordt verslag gedaan van het vooronderzoek over de HoNOS 65+. Vervolgens wordt het onderzoeksontwerp beschreven. In hoofdstuk 4 wordt de literatuurstudie weergegeven. Daarna worden in hoofdstuk 5 de resultaten beschreven. In de hoofdstukken 6,7 en 8 worden de conclusies, aanbevelingen en discussie vermeld. Gevolgd door de literatuurlijst en de bijlagen.

2. Vooronderzoek

Om tot een goed onderzoeksontwerp te kunnen komen is voorkennis door middel van een literatuurstudie naar het gebruik van de HoNOS 65+ nodig. Hiermee is tegelijkertijd antwoord gegeven op de eerste deelvraag van het onderzoek. Dit is tot stand gekomen door gebruik te maken van meerdere bronnen. De bronnen zijn gevonden via de volgende zoekmachines en zoektermen:

- Bohn Stafleu van Loghum: HoNOS, HoNOS 65+, Health of the Nation Outcome Scale, Routine Outcome Measurement.
- Bibliotheek van de Universiteit van Utrecht: HoNOS, HoNOS 65+, Health of the Nation Outcome Scale.

2.1 Deelvraag 1.1

Wat is de HoNOS 65+?

De Health of Nation Outcome Scale (HoNOS) is ontstaan om routinematig het mentale welzijn te meten van psychisch zieke mensen. In 1992 kwam vanuit het Engelse Ministerie van Volksgezondheid de opdracht om de gezondheid en het sociale functioneren van psychisch zieke mensen significant te verbeteren. (Department of Health, 1992) Om dit te kunnen bereiken werd in een onderzoeksgroep van 'the Royal College of Psychiatrists' de HoNOS ontwikkeld. (College Research Unit, 1996; Wing J., Curtis R. & Beevor, A. 1994; Wing e.a., 1998) Hiermee kon de gezondheid en het sociale welzijn van deze patiëntencategorie met behulp van een standaard instrument in kaart worden gebracht en aan de hand van die uitkomsten worden verbeterd. Het instrument is gevalideerd in het Verenigd Koninkrijk en Australië. (Amin e.a., 1999; Bebbington, P., Brugha, T., Hill, T., Marsden, L., & Window, S. 1999; Burns e.a., 1999; Gowers e.a., 1999; Trauer, 2004; Trauer e.a., 1999; Wing e.a., 1998). Om het meetinstrument te specificeren voor bepaalde patiënten categorieën werd een versie voor kinderen en volwassenen (HoNOSCA) en patiënten ouder dan 65 jaar (HoNOS 65+) ontwikkeld. Er zijn nog drie versies van de HoNOS in ontwikkeling, te weten; voor patiënten met een leerachterstand, forensische achtergrond en voor patiënten met verworven cognitieve problemen. (Coetzer & DuToit, 2001; Roy, A., Matthews, H., Clifford, P., Fowler, V., & Martin, D. M., 2002)

2.1.1 De HoNOS 65+

Tabel 1

Schalen van de HoNOS65+ scorelijst gesorteerd naar subschaal

Subschalen			
1: gedragsproblemen	2: beperkingen	3: symptomatologie	4: sociale problemen
Schaal 1: gedragsstoornissen	Schaal 4: cognitieve problemen	Schaal 6: problemen die gepaard gaan met wanen en/of hallucinaties (of onjuiste opvattingen)	Schaal 9: problemen sociale of ondersteunende relaties
Schaal 2: opzettelijke zelfverwonding	Schaal 5: problemen met lichamelijk ziekte/handicap	Schaal 7: problemen met depressieve symptomen	Schaal 10: problemen met ADL activiteiten
Schaal 3: problemen met alcohol- of drugsgebruik		Schaal 8: andere geestelijke en gedragsproblemen	Schaal 11: algemene problemen met woonomstandigheden
			Schaal 12: problemen met werk en vrijetijdsbesteding – kwaliteit van daginvulling

Noot: De HoNOS 65+ bestaat uit 4 subschalen waaronder 12 schalen verdeeld zijn. (tab. 1)

De scorelijst wordt ingevuld door een beoordelaar. (i.e. arts, verpleegkundige of andere GGZ medewerker) en gescoord op een vijfpunts Likertschaal: van 0 (geen probleem), 1 (licht), 2 (matig), 3 (vrij ernstig) tot 4 (ernstig tot zeer ernstig probleem). Het invullen van de scorelijst duurt 5 tot 15 minuten, dit is afhankelijk van de mate waarin de beoordelaar de patiënt kent. De HoNOS 65+ wordt bij aanvang en evaluatie van de behandeling ingevuld. In Juliana-Oord, de instelling waar dit onderzoek uitgevoerd wordt, houdt dat in bij start van de behandeling, na iedere 5 weken en bij ontslag. Beoordelaars dienen vooraf aan het gebruiken van het meetinstrument een training te hebben gevolgd. Middels herhaling van de training kan voorkomen worden dat iedere beoordelaar een eigen stijl van scoren gaat ontwikkelen. Wanneer de gegevens worden opgenomen in een database is het mogelijk om een overzicht te krijgen van de toestand van de patiënten op elk gewenst moment en niveau. (Mulder e.a., 2004)

2.1.2 Betrouwbaarheid en validiteit van het meetinstrument

In een onderzoek in 2005 is de HoNOS 'familie' herzien. (Pirkis e.a., 2005) Dit betreft de HoNOS, HoNOSCA en de HoNOS 65+. Er is gekeken naar de validiteit (inhoudsvaliditeit, constructvaliditeit, concurrerende validiteit), inter-beoordelaar betrouwbaarheid, gevoeligheid tot veranderen, toepasbaarheid en het nut van de HoNOS, HoNOSCA en HoNOS 65+. Voor dit onderzoek is alleen de HoNOS 65+ relevant. Hieronder volgt een samenvatting van de herziening van de HoNOS 65+.

Inhoudsvaliditeit

Burns e.a. hebben de inhoudsvaliditeit van de scorelijst onderzocht. Uit dit onderzoek bleek dat de inhoudsvaliditeit wat aanpassing vereiste, voor de oudere patiënt bleek de inhoud te veelomvattend te zijn. Na kleine aanpassingen aan de scorelijst bleek dit niet meer van toepassing.

Constructvaliditeit

Naar de constructvaliditeit van de HoNOS 65+ is te gering onderzoek uitgevoerd. De enige relevante data is die van een pilot die Burns e.a. gecoördineerd hebben. Hieruit komen vier factoren die verantwoordelijk zijn voor 57,4% van de variatie in de HoNOS 65+ schaalscores. Deze informatie is verkregen met behulp van een factor analyse.

Concurrentie validiteit

De concurrentie validiteit van de HoNOS 65+ is ook onderzocht (Burns e.a., 1999; Mozley e.a. 1999; Spear J., Chawla S., O'Reilly M., Rock D., 2002; Bagley e.a., 2000) Uit deze onderzoeken komt naar voren dat de HoNOS 65+ te vergelijken is met erkende, door professionals veelgebruikte meetinstrumenten die toepasbaar zijn op een vergelijkbare doelgroep. Redelijke correlaties zijn gevonden tussen de totale score van de HoNOS 65+ en de Mini-Mental state Examination, Crighton Royal Behaviour Rating Scale en de Barthel activities of Daily living Index. Sterkere correlaties worden zichtbaar als de specifieke HoNOS 65+ schalen worden vergeleken met andere instrumenten:

- Schaal 4: Mini Mental State Examination
- Schaal 6, 7, 8 en 9: de Brief Psychiatric Rating Scale
- Schaal 4, 5 en 12: de Barthel Activities of Daily Living Index
- Schaal 1, 4, 5, 7, 8, 10, 11 en 12: de Crighton Royal Behaviour Rating Scale
- Schaal 1, 4 en 9: de Brief Agitation Scale

Inter-beoordelaar betrouwbaarheid

Belangrijk onderdeel van de betrouwbaarheid van de HoNOS 65+ is de inter-beoordelaar betrouwbaarheid. De inter-beoordelaar betrouwbaarheid meet in hoeverre de score betrouwbaar is wanneer meerdere personen de HoNOS65+ afnemen bij dezelfde patiënt. In de studie die Burns e.a. en Spear e.a. hebben uitgevoerd is gekeken naar rapporten en artikelen die gerelateerd zijn aan de HoNOS instrumenten. Uit dit onderzoek blijkt dat de inter-beoordelaar betrouwbaarheid goed tot zeer goed scoort op de meeste schalen. Alleen schaal 2, 10, 11 en 12 bleken uit onderzoek van Burns e.a. niet consequent voldoende te scoren. In een studie van Spear e.a. scoorden ook schaal 4, 5 en 9 gemiddeld of matig op de inter-beoordelaar betrouwbaarheid. Allen e.a. verkregen gelijkende resultaten, in hun studie kwam naar voren dat er grote samenhang was met een moeilijke interpretatie van de schaal en de afwijkende uitkomsten. (Allen e.a. 1992).

Gevoeligheid tot veranderen

Wat betreft de gevoeligheid tot veranderen van de HoNOS 65+ scoort het meetinstrument in de studie van Spear e.a. goed. Er is verbetering zichtbaar zowel op schaal scores als op totale scores bij opname en ontslag in psychiatrische organisaties. Ook zijn er wat betreft deze meting van betrouwbaarheid correlaties gevonden tussen de HoNOS 65+ en de 'Clinician's Interview Based Impression of Change Scale'.

Toepasbaarheid en nut.

Burns e.a. hebben in een pilot beoordelaars gevraagd naar de gebruiksvriendelijkheid van de HoNOS65+ in de behandeling van individuele patiënten. Bijna iedereen vond de scorelijst gemakkelijk in te vullen, 39% van de ondervraagden vind het meetinstrument zeer bruikbaar, 50% zag er wel enigszins het nut van in. Deze resultaten komen overeen met een studie van Spear e.a. In het kader van toepasbaarheid en nut is ook onderzoek gedaan naar de mate van gebruik. In een onderzoek onder psychiaters, werkzaam binnen het Verenigd Koninkrijk, kwam naar voren dat 18% de HoNOS65+ tijdens de behandeling gebruikte. (Reilly, S, Challis, D, Burns, A, Hughes, J., 2004)

Onderzoek naar implementatie en mogelijke belemmeringen in deze fase toont enkele belangrijke aandachtspunten. Gebleken is dat feedback, begeleiding en aansturing door klinici cruciaal zijn voor een goede implementatie. Ook het verminderen van het papierwerk, het verklaren van analyses en het terugrapporten van problemen is belangrijk voor een gemakkelijk en consequent gebruik van de HoNOS 65+. (Mac-donald, A.J.D., 2002; Allen e.a. 1999)

Samengevat stelt de studie van Pirikis e.a. (2005) dat de psychometrische eigenschappen van de HoNOS meetinstrumenten adequaat zijn in gebruik. Dit is belangrijk gezien het doel waarom de HoNOS 65+ ontwikkeld is, namelijk het verbeteren van de psychische en sociale gezondheid. (College Research Unit, 1996; Wing J., Curtis R. & Beavor, A. 1994; Wing e.a., 1998) Dit vooronderzoek geeft kennis over de HoNOS 65+, deze kennis is nodig geweest om tot een goed onderzoeksontwerp te komen. Het onderzoeksontwerp wordt beschreven in het volgende hoofdstuk.

3. Onderzoeksontwerp

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethodiek toegelicht. Dit wordt gedaan aan de hand van de vraagstellingen en de deelvragen. Per vraagstelling worden de analysemethode, populatie, de steekproef en de werkwijze beschreven. Tot slot wordt er bij elke vraagstelling aandacht besteed aan de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

3.1 Vraagstelling 1

In welke mate zijn de scores op de 12 schalen van de HoNOS 65+ bij de derde afname veranderd ten opzichte van de eerste afname?

3.1.1 Onderzoeksmethode

Voor het beantwoorden van de vraagstelling is binnen kwantitatief onderzoek gekozen voor een secundaire analyse. Men spreekt van een secundaire analyse als onderzoek wordt gedaan met behulp van bestaande datasets met kwantitatieve gegevens die al door andere onderzoekers zijn verzameld. Dit is in dit onderzoek het geval. Het voordeel van een secundaire analyse ten opzichte van surveyonderzoek(vragenlijst onderzoek) of experimenteel onderzoek(onderzoek door middel van het uitvoeren van experimenten) is de besparing van tijd, die het verzamelen van de gegevens kost, door gebruik te maken van een bestaande dataset. Beperking kan zijn dat de onderzoekers geen invloed hebben op de afname van de HoNOS 65+. Een veel voorkomende beperking bij een secundaire analyse is dat de data eerst intensief bewerkt moet worden voordat het bruikbaar is voor analyse. Dit is echter niet het geval omdat de HoNOS 65+ volgens de richtlijn van het Trimbos instituut afgenomen en verwerkt is en de data gebruikt is voor het doel waarmee de HoNOS 65+ is afgenomen, namelijk het meten van het effect van de behandeling.

3.1.2 Onderzoekspopulatie

Bij Julliana-Oord wordt gewerkt met drie behandelprogramma's, te weten:

- Detox
- Neuropsychiatrische stoornissen ten gevolge van niet aangeboren hersenletsel
- Rehabilitatie

Onder behandelprogramma wordt verstaan: "Een omschrijving van al die professionele activiteiten die ten behoeve van een wel omschreven groep patiënten met een bepaalde welomschreven doelstelling dienen te worden uitgevoerd door daartoe aangewezen

disciplines binnen de daartoe aangegeven termijn, waarvan het effect dient te worden vastgesteld.” (Elzinga, M.M., 2009)

Het onderzoek beslaat de groep patiënten die opgenomen zijn (geweest) binnen het behandelprogramma Neuropsychiatrische stoornissen of binnen het behandelprogramma Rehabilitatie. De scores van de HoNOS 65+ van de patiënten die opgenomen zijn binnen het behandelprogramma Detox zijn geëxcludeerd. Hiervoor is gekozen omdat verwacht wordt dat de patiënten die het behandelprogramma ‘Detox’ volgen een hogere score zullen vertonen op meerdere subschalen dan patiënten die opgenomen zijn binnen de andere behandelprogramma’s. Dit wordt verwacht omdat het een groot verschil in de loop van de behandeling zal weergeven en het een vertekend beeld kan vormen ten opzichte van de patiënten die het behandelprogramma Detox overslaan, is gekozen om deze categorie patiënten niet te betrekken in het onderzoek.

De patiënten categorie die betrokken zijn bij het onderzoek bestaat uit mensen met (een vermoeden van) niet-aangeboren-hersenletsel, waarbij cognitieve functiestoornissen op de voorgrond staan. De patiënten zijn in de leeftijd van 18 jaar en ouder. Naast de cognitieve functiestoornissen zijn er andere veel voorkomende problemen als gedragsstoornissen, frontale stoornissen (apathie, decorumverlies), gebrek aan ziekte-inzicht, verslavingsproblematiek, persoonlijkheid- en stemmingsstoornissen. Ook somatische problemen als stoornissen in houding en beweging en aandoeningen aan maag en lever komen relatief vaak voor. (Schaaf I. v.d. 2009a) Waar bij het behandelprogramma Neuropsychiatrische stoornissen de nadruk ligt op diagnostiek, advies en behandeling, ligt bij het behandelprogramma Rehabilitatie de nadruk op het resocialiseren en een zo goed mogelijk herstel van het maatschappelijk functioneren. (Schaaf, I. vd. 2009b)

Bij iedere patiënt wordt aan het begin van opname, tussentijds en aan het eind van de opname een HoNOS 65+ afgenomen. In het onderzoek zijn de scorelijsten opgenomen van patiënten waarbij de HoNOS 65+ 3 keer is afgenomen in het afgelopen jaar. Dat betekent dat ze binnen 1 van de twee behandelprogramma’s minimaal 10 weken opgenomen zijn (geweest). Hiervoor is gekozen in verband met vergelijking van de scores in verloop van de tijd. Bij patiënten waar de HoNOS 65+ meer dan 3 keer is afgenomen, is gekozen om de eerste drie ingevulde scorelijsten te gebruiken. Aan de hand van deze criteria is een groep van 57 patiënten gevormd.

3.1.3 Steekproef

Naar schatting van het aantal opgenomen patiënten per jaar wordt verwacht dat meer dan 57 patiënten het afgelopen jaar langer dan 10 weken opgenomen zijn (geweest), is er geen sprake van een populatieonderzoek, maar van een selecte steekproef. Er is sprake van een selecte steekproef in plaats van een aselecte omdat de onderzoekers gebruik maken van een bestaande dataset en alle beschikbare data gebruiken voor het onderzoek en niet nog een steekproef is getrokken uit de bestaande data. De steekproef is representatief omdat de eenheden, wat betreft kenmerken die belangrijk zijn voor het onderzoek, gelijk zijn aan de populatie. Zo hebben alle patiënten binnen de steekproef hetzelfde klinische pad en nagenoeg dezelfde behandeling doorlopen als de populatie waarover uitspraak wordt gedaan in dit onderzoek. De man/vrouw verhouding en de leeftijd van de patiënten komen mogelijk niet exact overeen met de populatie, maar over deze kenmerken wordt geen uitspraak gedaan.

3.1.4 Werkwijze

De HoNOS 65+ scorelijst is face-to-face afgenomen, de scores zijn vermeld op een vijfpunts Likertschaal. De optiek van de beoordelaar is daarbij leidend. De 171 scorelijsten van 57 patiënten zullen worden verwerkt in het softwareprogramma SPSS. Voor het analyseren is het meetniveau van de variabelen vastgesteld. Het meetniveau van een variabele geeft aan in welke mate de waarden die aan de categorieën zijn toegekend, gebruikt kunnen worden om mee te rekenen (Verhoeven, N., 2007). Het meetniveau van de variabele in dit onderzoek is ordinaal. Kenmerken van een ordinaal meetniveau zijn enkele waarden waarmee niet gerekend kan worden, weinig categorieën en de variabelen zijn kwalitatief van aard maar wel met een bepaalde rangorde. Na het invoeren van alle gegevens, zijn deze gegevens opnieuw gecodeerd. Per patiënt en per schaal is gekeken of de score is toegenomen, afgenomen of gelijk is gebleven. Dit is nodig geweest om de vraagstelling te kunnen beantwoorden. Voor de onderzoekers is het niet mogelijk geweest om van drie variabelen het verband te meten wegens onvoldoende kennis en vaardigheden op dit gebied. Om deze reden is gekozen bij de resultatenverwerking alleen T1 (eerste HoNOS 65+ afname) en T3 (derde afname HoNOS 65+) te gebruiken. Het verloop van 10 weken zegt meer dan het verloop van 5 weken, waardoor het niet relevant is T2 mee te nemen in de resultatenverwerking.

3.1.5 Validiteit en betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid en validiteit van de HoNOS 65+ vragen- en scorelijst is aangetoond in meerdere studies. Een samenvatting hiervan is weergegeven in hoofdstuk 2.

Om het verband te meten tussen behandelduur en schaal is Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt (ρ) berekend. Baarde, de Goede en van Dijkum stellen: "Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt een statistische grootheid voor de mate waarin er een verband bestaat tussen de rangorde van twee variabelen" (Baarda, de Goede & van Dijkum, 2007, pp. 178). Spearman bepaald of er sprake is van een verband en of deze ook significant is. Significant houdt in: niet op toeval berustend (Slotboom, A., 2008). Een significante rangcorrelatie van 0 zou kunnen betekenen dat er geen verband is tussen behandelduur en gedragsstoornissen, dus dat er geen verband is tussen behandelduur en toe of afname van gedragsstoornissen. Een significante rangcorrelatie van > 0 betekent dat er wel een verband bestaat tussen twee variabelen, hoe dicht bij de 1 hoe groter het positieve verband tussen twee variabelen. Een significante rangcorrelatie < 0 toont een negatief verband. Wanneer de rangcorrelatie niet significant is kan niets gezegd worden over het verband tussen behandelduur en een bepaalde schaal. Wel kan aangetoond worden of er een toe of afname is in score, maar kan niet gezegd worden dat dit verband houdt met de behandelduur. De significantie van de rangcorrelatie wordt aangeduid met $p = < 0,01$. Dus wanneer de p waarde $> 0,01$ is dan is de rangcorrelatie niet significant. Spearman berekent of er verband is maar ook of dit verband niet op toeval berust, dus of het verband significant is. Omdat er geen verwachting is over de richting van het verband is gekozen om tweezijdig te toetsen in plaats van eenzijdig. (Baarda, D.B., Goede, de M.P.M., Dijkum, van C. J., 2007)

Alle gegevens zijn ingevoerd door een onderzoeker en vervolgens nagekeken door een andere onderzoeker om zo eventuele fouten op te sporen en de betrouwbaarheid te vergroten. Na het verzamelen van drie formulieren per patiënt is een extra controle uitgevoerd, door de drie formulieren naast elkaar te leggen en te controleren of alle gegevens, zoals naam, geboortedatum en afdeling, overeenkwamen. De drie formulieren per patiënt zijn aan elkaar geniet en genummerd en voorin een ordner verzameld, hierdoor kan het onderzoek met dezelfde dataset nogmaals uitgevoerd worden.

3.2 Vraagstelling 2

Welke mogelijkheden zijn er om de uitkomsten van de HoNOS 65+ te gebruiken ter verbetering van de zorg binnen de behandelprogramma's Neuropsychiatrische stoornissen en Rehabilitatie van Juliana-Oord?

3.2.1 Onderzoeksmethode

Om een antwoord te geven op de tweede vraagstelling is gebruik gemaakt van meerdere methoden. De volgende twee deelvragen zijn beantwoord door middel van literatuurstudie:

- *Wat zegt de literatuur over het gebruik van de uitkomsten van de HoNOS 65+?*
- *Wat zegt de literatuur over het gebruik van effectmetingen ter verbetering van de zorg?*

Hiervoor is gekozen omdat het een theoretische onderbouwing is van de onderzoeksopzet en een goede voorbereiding op het veldwerk. Daarnaast kan voor het formuleren van de conclusie de theorie vergeleken worden met de resultaten uit de interviews.

De vraag naar het gebruik van effectmetingen is toegevoegd, omdat verwacht werd dat het meer zoekresultaten zou opleveren en de manier van gebruik ook relevant zou kunnen zijn voor Juliana-Oord, omdat de HoNOS 65+ ook een effectmeetinstrument is. Er is met name gebruik gemaakt van secundaire literatuur, waarin door andere auteurs over reeds behandelde onderwerpen op basis van nieuwe inzichten of onderzoeken is gerapporteerd. Van de volgende zoekmachines is gebruik gemaakt: Academic Search, Pubmed, Invert en Picarta. Met de volgende zoektermen is gezocht naar informatie voor het beantwoorden van de deelvragen: HoNOS, Health of the Nation Outcome Scale, gebruik HoNOS, effectmetingen, effectmetingen ter verbetering van de zorg, effectmeting in de zorg, meten van effecten, evaluatie van zorg, effect van zorg, meten van zorg, zorgmeting, zorgeffectmeting.

Kwalitatief onderzoek is de beste strategie gebleken om de derde deelvraag te beantwoorden:

- *Hoe gebruiken GGZ organisaties de uitkomsten van de HoNOS 65+ (effectmetingen)?*

Binnen het kwalitatief onderzoek is gekozen voor semi-gestructureerde interviews om de data te verzamelen. Op basis van vooronderzoek werd verwacht dat het beantwoorden van de vraagstelling niet of nauwelijks vanuit de literatuurstudie gedaan zou kunnen worden. Verwacht werd dat interviews wel antwoord zouden geven op de vraagstelling. Omdat het niet gaat om het meten van een mening of gevoel is gekozen voor semi-gestructureerde interviews in plaats van diepte-interviews. De vragenlijst bestaat uit een aantal vooraf

bepaalde vragen die afgenomen worden in een tweegesprek. Het interview bestaat uit open vragen die dienen als leidraad, maar waar wel van afgeweken kan worden om mogelijk nieuwe informatie te verkrijgen.

3.2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit GGZ-organisaties. Allereerst is geselecteerd op de volgende provincies: Gelderland en Utrecht. Vanwege geringe respons is de onderzoekspopulatie uitgebreid met de provincies: Drenthe, Noord-Holland, Zuid-Holland, Overijssel en Noord-Brabant. Binnen deze provincies zijn alle GGZ-organisaties via de mail benaderd. Het interview is afgenomen bij organisaties die gebruik maken van de HoNOS (65+) of deze op korte termijn zullen gaan gebruiken. Als uitzondering is één interview afgenomen bij een onderzoeker van het NKOP, Nederlands Kenniscentrum Ouderen Psychiatrie. Er is geen eis gesteld aan het type HoNOS, omdat dit voor de beantwoording van de vraagstelling geen verschil zal maken. In het onderzoeksplan is opgenomen dat er bij te weinig respons uitgebreid zou worden naar verpleeghuizen. Dit is niet nodig geweest. De respondenten werken in de functie van teamleider of onderzoeker.

3.2.3 Steekproef

Er is sprake van een niet gerichte selectie. De projectgroep heeft gekozen om binnen deze populatie door te gaan tot er sprake is van inhoudelijke data verzadiging (saturatie). De verzadiging werd bereikt na het interviewen van 6 organisaties, omdat de interviews door twee onderzoekers zijn afgenomen is door gegaan tot er bij beide sprake was van saturatie. In totaal zijn er 10 interviews afgenomen.

3.2.4 Werkwijze

Eerst is aan alle 44 organisaties de vraag gesteld of ze gebruik maken van de HoNOS of de HoNOS 65+ per e-mail. Van slechts 7 organisaties kwam respons. Waaronder een aantal die geen gebruik maken van de HoNOS en deze ook op korte termijn niet zullen gaan gebruiken. Vervolgens zijn alle organisaties, waarvan nog geen reactie was ontvangen, telefonisch benaderd met dezelfde vraag. Wanneer de organisaties aan gaven de HoNOS te gebruiken is gevraagd of er telefonisch geïnterviewd kon worden. Dit was akkoord bij 9 organisaties. Eén respondent prevereerde te reageren via e-mail. Voor een uitgebreide verantwoording van de werkwijze wordt verwezen naar bijlage 2.

3.2.5 Validiteit en betrouwbaarheid

De gegevens zijn vastgelegd op een voicerecorder en zijn volledig uitgeschreven, dit heeft voor een letterlijke weergave van het gesprek gezorgd. Hierdoor kan het gezegde zo vaak als nodig teruggeluisterd of gelezen worden, wat de betrouwbaarheid van de resultaten vergroot.

Voor het analyseren van de uitkomsten wordt als uitgangspunt gebruik gemaakt van een labelmethode. (Baarda, D.B., Goede, de M.P.M., Teunissen, J. 2005) De fasen die doorlopen zullen worden, zijn als volgt: fragmenteren, labelen, interpreteren en benoemen labelstructuur, coderen, definiëren kernlabels, vaststellen intersubjectiviteit en tot slot het beantwoorden van de vraagstelling. Het labelen en coderen is door twee onderzoekers gedaan, zo kan de collega-onderzoeker kritisch kijken naar de codering en kon tot overeenstemming worden gekomen, door deze peer examination is de betrouwbaarheid van de analyse vergroot. Verder zijn de omstandigheden die de uitkomst mogelijk hebben beïnvloed beschreven in het hoofdstuk discussie.

Na het beschrijven van het onderzoeksontwerp wordt het verslag vervolgd met de beschrijving van het uitvoerende deel. In het volgende hoofdstuk is de literatuurstudie opgenomen. Deze literatuurstudie beslaat 2 deelvragen.

4. Literatuurstudie

Om te komen tot een goede conclusie is literatuurstudie als aanvulling op de andere dataverzamelmethode noodzakelijk. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op twee deelvragen. Ook wordt belangrijke achtergrondinformatie gegeven die nodig is om het onderzoek te begrijpen.

4.1 Deelvraag 2.1

Wat zegt de literatuur over het gebruik van de uitkomsten van de HoNOS 65+?

In deze literatuurstudie wordt gekeken naar verschillende onderzoeken waarbij de HoNOS 65+ onderzocht is op verschillende aspecten. Achtereenvolgens wordt per onderzoek de relevante informatie weergegeven.

Sharma, Wilkinson & Fear hebben onderzoek gedaan naar het effect van de behandeling van psychiatrische patiënten. Hierbij werden 2 verschillende meetinstrumenten gebruikt, namelijk de HoNOS en de Clinical Global Impression. Uit dit onderzoek blijkt dat deze meetinstrumenten nauwelijks van elkaar verschillen. Het onderzoek geeft aan dat de beide meetinstrumenten gebruikt kunnen worden om een goed beeld te geven van het verloop van de behandeling (Sharma V.K., Wilkinson G., Fear S., 1999).

Wing e.a. hebben ook onderzoek gedaan naar de HoNOS, maar hebben de ontwikkeling van de HoNOS onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt dat de uitkomsten van de HoNOS vooral worden gebruikt om de HoNOS scorelijst te verbeteren en om inzicht te krijgen in het ziekteverloop van de patiënten (Wing J.K., Lelliott P., Beevor A.S. 2000).

Uit een onderzoek van Kortrijk e.a. komen overeenkomstige uitkomsten naar voren. Beschreven wordt dat de HoNOS gebruikt wordt om een beeld te krijgen van het verloop van de klachten van een psychiatrische patiënt in Nederland. Hiermee wordt bedoeld het verloop van het ziektebeeld en het aantal opnames van de patiënt. (Kortrijk H.E., Mulder C.L., Roosenschoon B.J., Wiersma D. 2009)

Kisely e.a. publiceerde een artikel in het Amerikaanse tijdschrift 'Community Mental Health Journal' naar het gebruik en de betrouwbaarheid van de HoNOS. (Kisely S., Campbell, L.A., Crossman D., Gleich S., Campbell J. 2007). Dit onderzoek laat een vergelijking van geslacht met probleemgebieden zien. Ook vermelden Kisely e.a. dat de uitkomsten van dit

onderzoek het routinematig meten van de geestelijke gezondheid van patiënten in Noord-Amerika zal vermeederen.

Mulder e.a. beschrijven in hun onderzoek dat de HoNOS 65+ gebruikt wordt als onderdeel van het behandelplan. In de praktijk betekent dat, dat de HoNOS meerdere keren tijdens de behandeling wordt afgenomen en de scores worden besproken tijdens het bespreken van het behandelplan. Ook blijkt uit het artikel dat in verschillende organisaties de HoNOS gegevens worden opgenomen in een database waardoor het mogelijk is om overzichten te genereren van de toestand van patiënten op ieder wenselijk aggregatieniveau. (Mulder e.a. 2004)

In bovenstaande artikelen is een tendens terug te vinden in het gebruik van de HoNOS 65+. Het gebruik lijkt zich te richten op het 'volgen' van de patiënt, zowel op individueel als op groepsniveau. Sharma e.a leggen daarbij de nadruk op het verloop van de behandeling. Wing e.a., Kortrijk e.a. en Mulder e.a leggen meer de nadruk op het ziekteverloop van de patiënt. Mulder e.a. geven een aanvulling hierop door de concrete uitwerking hiervan te beschrijven en aan te geven dat de HoNOS 65+ gebruikt kan worden als onderdeel van het behandelplan. In de volgende paragraaf wordt de studie breder getrokken naar het gebruik van effectmetingen.

4.2 Deelvraag 2.2

Wat zegt de literatuur over effectmetingen ter verbetering van zorg?

Deze literatuurstudie wil antwoord geven op de vraag wat de literatuur zegt over uitvoeren van effectmetingen ter verbetering van zorg. Omdat er nauwelijks relevante literatuur beschikbaar is, was het moeilijk middels deze literatuurstudie antwoord te geven op de deelvraag. Alleen het Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN) beschrijft de link tussen effectmetingen en de verbetering van de zorg.

Volgens de website van Research Online (<http://www.research-online.nl/>) houdt een effectmeting het volgende in:

“Uitgaande van een gegeven uitgangsniveau wordt in dezelfde populatie na verloop van tijd een nieuw onderzoek gehouden. Doel van dit tweede onderzoek is veranderingen te meten.”.

Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN) meet deze veranderingen (effecten) binnen de GGZ. KZN brengt behandel-effecten van veel voorkomende stoornissen voor GGZ instellingen en vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten en psychologen in kaart. Redenen die KZN aangeeft, op hun website (www.kenniscentrumzorgnederland.nl) , om behandel-effecten in kaart te brengen zijn:

- Een GGZ- instelling krijgt meer inzicht in de effectiviteit van de behandelingen;
- Een individuele therapeut of een GGZ- manager kan de rapportages van KZN gebruiken om waar nodig inhoudelijk bij te sturen;
- De kwaliteit van zorg wordt gestimuleerd;
- De zorgaanbieder kan verzekeraars en cliënten laten zien welke behandelingen effectief werken en hoe zij presteren ten opzichte van het landelijk gemiddelde.

Bovenstaande informatie is de enig relevant gevonden bron. Mogelijk kan de vraagstelling middels de interviews worden beantwoord. In het volgende hoofdstuk zijn de resultaten weergegeven die uit de interviews naar voren zijn gekomen, evenals de resultaten van de kwantitatieve analyse.

5. Resultaten

Het onderzoek bevat twee vraagstellingen hierdoor is de weergave van de resultaten verdeeld in twee delen. In de eerste paragraaf worden de resultaten van het kwantitatieve onderzoek weergegeven, dit zijn de resultaten behorende bij vraagstelling 1. De paragraaf wordt ingeleid en vervolgens wordt in een tabel een overzicht getoond van de uitkomsten. Deze worden vervolgens toegelicht. In paragraaf 5.2 worden de resultaten van het kwalitatieve onderzoek beschreven. Deze resultaten zijn tot stand gekomen volgens de werkwijze als beschreven in paragraaf 3.2.4. Paragraaf 5.2 wordt ook eerst ingeleid, gevolgd door een tabel en een beschrijvende uitleg van de tabel.

5.1 Resultaten kwantitatieve analyse

Om antwoord te krijgen op de eerste vraagstelling is de HoNOS 65+ geanalyseerd.

Vraagstelling 1: In welke mate zijn de uitkomsten van de 12 schalen van de HoNOS 65+ bij de derde afname veranderd ten opzichte van de eerste afname?

De beschikbare gegevens zijn ingevoerd in het statistische programma SPSS. In deze paragraaf worden, per schaal van de HoNOS 65+, een aantal gegevens vermeld. Er wordt geschreven over T1 en T3. Hierbij is T1 de eerste keer dat de HoNOS 65+ is afgenomen, en T3 de derde keer dat de HoNOS 65+ is afgenomen. Daarnaast wordt het verband tussen T1 en T3 aangetoond door middel van Spearman's rho. Een uitleg van Spearman's rho is gegeven in paragraaf 3.1.5. De resultaten van Spearman worden in deze paragraaf weergegeven middels een formule: ($r_s = \dots$; $p < \dots$, tweezijdig) R_s staat daarbij voor het verband. De p staat voor de significantie. De p -waarde $< 0,01$, in de formule, wil zeggen dat het een significant verband is, dus (waarschijnlijk) niet op toeval berustend. Het significantieniveau bij Spearman is 0,01, omdat het een 1% schaal is, dit wordt aangeduid met alfa. Tweezijdig wil zeggen dat het tweezijdig getoetst is.

In tabel 2 staat een overzicht in aantal afgenomen, gelijk gebleven of toegenomen scores per schaal. Alle resultaten van Spearman zijn in tabel 3 weergegeven. In de beschrijvende tekst is alleen de formule opgenomen. Na de weergave van de vraagstelling en de tabel is per schaal een korte uitleg gegeven van de resultaten. Deze uitleg is per schaal

weergegeven en begint met de omschrijving van de toe of afname (tabel2), vervolgens is de Spearman's rho formule per schaal weergegeven (tabel3).

Tabel 2
Verandering van HoNOS65+ scores in de loop van de tijd

Schaal	Aantal patiënten				
	Gelijk	Afname	Toename	Onbekend	Totaal
1: gedragsstoornissen	18	18	20	1	57
2: opzettelijke zelfverwonding	42	7	6	2	57
3: problemen met alcohol- of drugsgebruik	16	18	20	3	57
4: cognitieve problemen	22	25	10	0	57
5: problemen met lichamelijke ziekte/handicap	24	17	15	1	57
6: problemen die gepaard gaan met hallucinaties en/of wanen	40	8	7	2	57
7: problemen met depressieve symptomen	17	19	18	3	57
8: andere geestelijke en gedragsproblemen	12	21	17	7	57
9: problemen sociale en of ondersteunende relaties	27	18	10	2	57
10: problemen met ADL-activiteiten	24	18	15	0	57
11: algemene problemen met woonomstandigheden	23	14	12	8	57
12: problemen met werk en vrijetijdsbesteding	18	16	18	5	57

Tabel 3
Spearman's Rho weergegeven per schaal

Schaal	Spearman's Rho		
	Correlatie coëfficiënt (RS)	Significantie (P)	Totaal (N)
1: gedragsstoornissen	0,112	0,405	57
2: opzettelijke zelfverwonding	-0,093	0,775	57
3: problemen met alcohol- of drugsgebruik	0,095	0,482	57
4: cognitieve problemen	0,559*	0,000	57
5: problemen met lichamelijke ziekte/handicap	0,556*	0,000	57
6: problemen die gepaard gaan met hallucinaties en/of wanen	0,007	0,962	57
7: problemen met depressieve symptomen	-0,027	0,841	57
8: andere geestelijke en gedragsproblemen	0,214	0,110	57
9: problemen sociale en of ondersteunende relaties	0,378*	0,004	57
10: problemen met ADL-activiteiten	0,463*	0,000	57
11: algemene problemen met woonomstandigheden	0,348*	0,008	57
12: problemen met werk en vrijetijdsbesteding – kwaliteit van daginvulling	0,123	0,362	57

* Correlatie is significant bij het 0.0.1 niveau (2-tailed)

De schaal gedragsstoornissen laat bij 18 patiënten gelijke scores zien. Daarnaast zijn bij 18 patiënten de scores afgenomen en bij 20 patiënten toegenomen.

Spearman's rho ($r_s = 0,11$; $p < 0,405$, tweezijdig) laat een heel zwak positief verband zien tussen T1 en T3. Daarnaast is het verband niet significant omdat p groter is dan de alfa (0,01).

De scores op *de schaal opzettelijke zelfverwonding* zijn bij 42 patiënten gelijk gebleven. Daarnaast zijn er 6 patiënten waarvan de scores zijn toegenomen, en 7 patiënten waarbij de scores zijn afgenomen. Spearman's rho duidt het volgende aan: ($r_s = -0,039$; $p < 0,775$, tweezijdig). Hiermee wordt aangeduid dat er geen verband is tussen T1 en T3. Deze vergelijking is niet significant omdat p groter is dan de alfa (0,01).

De schaal problemen met alcohol of drugsgebruik, laat bij 16 patiënten gelijke scores zien. De scores van 18 patiënten zijn afgenomen en de scores van 20 patiënten zijn toegenomen. Spearman's rho ($r_s = 0,095$; $p < 0,482$, tweezijdig) geeft geen verband aan tussen T1 en T3. Daarnaast is deze vergelijking niet significant omdat p groter is dan de alfa (0,01).

De schaal cognitieve stoornissen laat bij 25 patiënten een afname in score zien. Bij 22 patiënten zijn de scores gelijk gebleven en bij 10 patiënten is het probleem toegenomen. Spearman's rho duidt het volgende aan: ($r_s = 0,559$; $p < 0,001$, tweezijdig). Hiermee wordt aangetoond dat er een matig tot sterk positief verband is tussen T1 en T3 omdat de r_s 0,559 is. Deze vergelijking is significant, omdat de p kleiner is dan de alfa (0,01)

De scores van *de schaal problemen die verband houden met lichamelijke ziekte/handicap* zijn bij 24 patiënten gelijk gebleven. Daarnaast is van 17 patiënten het probleem afgenomen en van 15 patiënten het probleem toegenomen. Spearman's rho ($r_s = 0,556$; $p < 0,001$, tweezijdig) laat een matig tot sterk positief verband zien tussen T1 en T3 omdat de r_s 0,556 is. Ook is deze vergelijking significant, omdat de p kleiner is dan de alfa (0,01)

De schaal problemen die gepaard gaan met hallucinaties en/of wanen laat bij 40 patiënten gelijke scores zien. Bij 8 patiënten zijn de scores afgenomen en bij 7 patiënten toegenomen. Spearman's rho duidt het volgende aan: ($r_s = 0,007$; $p < 0,962$, tweezijdig). Hiermee wordt aangetoond dat er geen verband is tussen T1 en T3. De vergelijking is niet significant omdat p groter is dan de alfa (0,01).

De scores op *de schaal problemen met depressieve symptomen* zijn bij 17 patiënten gelijk gebleven. Daarnaast zijn er 19 patiënten waarvan de scores zijn afgenomen en 18 patiënten waarvan de scores zijn toegenomen. Spearman's rho ($r_s = -0,027$; $p < 0,841$, tweezijdig) geeft geen verband aan tussen T1 en T3. Deze vergelijking is niet significant omdat p groter is dan de alfa (0,01).

De schaal andere geestelijke en gedragsproblemen laat bij 17 patiënten een toename in scores zien. Bij 21 patiënten zijn de scores afgenomen en bij 12 patiënten gelijk gebleven. Spearman's rho duidt het volgende aan: ($r_s = 0,214$; $p < 0,110$, tweezijdig). Hiermee wordt aangetoond dat er een zeer zwak positief verband is tussen T1 en T3. De vergelijking is niet significant omdat p groter is dan de alfa (0,01).

De scores op de schaal problemen met sociale of ondersteunende relaties zijn bij 27 patiënten gelijk gebleven. Daarnaast zijn de scores bij 18 patiënten afgenomen en bij 10 patiënten toegenomen. Spearman's rho ($r_s = 0,378$; $p < 0,004$, tweezijdig) laat een zwak positief verband zien tussen T1 en T3. De vergelijking is significant omdat de p kleiner is dan de alfa (0,01).

Op de schaal problemen met ADL-activiteiten zijn bij 24 patiënten dezelfde scores te zien. Daarnaast zijn er 18 patiënten waarvan de scores zijn afgenomen en 15 patiënten waarvan de scores zijn toegenomen. Spearman's rho duidt het volgende aan: ($r_s = 0,463$; $p < 0,001$, tweezijdig). Hiermee wordt aangetoond dat er een zwak positief verband is tussen T1 en T3. De vergelijking is significant omdat de p kleiner is dan de alfa (0,01).

De schaal algemene problemen met woonomstandigheden laat bij 12 patiënten een toename in scores zien. Bij 23 patiënten zijn de scores gelijk gebleven en bij 14 patiënten zijn de scores afgenomen. Spearman's rho ($r_s = 0,348$; $p < 0,008$, tweezijdig) geeft een zwak positief verband aan tussen T1 en T3. De vergelijking is significant omdat de p kleiner is dan de alfa (0,01).

De schaal problemen met werk en vrije tijdsbesteding laat een afname in scores zien bij 16 patiënten. De scores zijn gelijk gebleven bij 18 patiënten en toegenomen bij 18 patiënten. Spearman's rho duidt het volgende aan: ($r_s = 0,123$; $p < 0,362$, tweezijdig). Hiermee wordt aangetoond dat er een zeer zwak positief verband is tussen T1 en T3. De vergelijking is niet significant omdat de p groter is dan de alfa (0,01).

Samenvattend kan opgemerkt worden dat Spearmans rangcorrelatiecoëfficiënt een significant verband aantoont, tussen behandelduur en scores, bij de schalen cognitieve problemen, problemen met lichamelijk ziekte en handicap, problemen met sociale en ondersteunende relaties, problemen met ADL-activiteiten en de schaal algemene problemen met woonomstandigheden. Alleen de schalen cognitieve problemen en problemen met lichamelijke ziekte/handicap hebben als uitzondering een matig tot sterk positief verband.

De andere 3 schalen laten een zwak positief verband zien. Bij de overige 7 schalen is geen significant verband aangetoond.

5.2 Resultaten kwalitatief onderzoek

Hieronder volgen de resultaten van de telefonische interviews. De algemene resultaten worden als eerst toegelicht om hiermee een kader te schetsen van het gebruik van de HoNOS (65+) scorelijst binnen de geïnterviewde organisaties. Tabel 4 bevat de kernwoorden die antwoord geven op deelvraag 2.3:

- *Hoe gebruiken GGZ organisaties de uitkomsten van de HoNOS 65+?*

Als er gesproken wordt over 'HoNOS (65+)' kan de informatie gaan over zowel de HoNOS als de HoNOS 65+. Dit is van toepassing op het hoofdstuk resultaten als ook op het hoofdstuk conclusie.

5.2.2 Kader

Er wordt van zowel de HoNOS als de HoNOS 65+ gebruik gemaakt binnen de geïnterviewde organisaties. Ook zijn er organisaties die van beide scorelijsten gebruik maken of die bezig zijn met implementaties. Voor de keuze van de scorelijst wordt bij meer dan de helft van de organisatie aangegeven dat de doelgroep de grootste reden is tot keuze voor een bepaalde versie. Bij drie organisaties is de HoNOS (65+) onderdeel van de ROM. Bij meer dan de helft van de organisaties wordt de scorelijst op 3 momenten in het behandeltraject afgenomen, bij opname als tussenevaluatie en bij ontslag. Als tussenevaluatie wordt bij 3 organisaties de behandelplanbespreking expliciet genoemd. Scorelijsten worden door directe behandelaren afgenomen bij het grootste deel van de geïnterviewde organisaties. Bij 2 organisaties worden de scores multidisciplinair bepaald. De gebruiksduur van de scorelijst varieert binnen de organisaties van enkele maanden tot enkele jaren.

5.2.3 Relevante gegevens

De onderzoekers hebben besloten dat vraag 5 en 6 uit het interview relevant zijn om deelvraag 2.3 te beantwoorden.

Vraag 5: Hoe en door wie worden de uitkomsten van de HoNOS (65+) beheerd?

Vraag 6: Zijn de uitkomsten van de HoNOS (65+) onderdeel van de kwaliteitscyclus (ter verbetering van zorg)?

De overige vragen van het interview zijn te vinden in Bijlage 2.

Tabel 4

Antwoorden op relevante vragen geordend per organisatie

Organisaties	Vragen	
	5	6
1	Onderzoek afdeling	Behandeleffect
2	Teammanager Stafmedewerker Opleidingscentrum	Behandeleffect Organisatieniveau Veranderingen patiënt
3	Digitale database Kwaliteitmedewerker ICT afdeling van GGZ automatisering	Zorgverzekeraars Kwaliteit in kaart brengen Vergelijking: -Organisatieniveau -Afdelingsniveau
4	Handmatig Patiëntdossier	Individueel behandeleffect Behandelplan
5	HoNOS & HoNOS 65+ zijn geautomatiseerd	Wetenschappelijk onderzoek Behandelplan Behandeleffect Zorgverzekeraars Rob Giel onderzoekscentrum
6	Stafmedewerker EPD	Publicatie validatiestudie Behandeleffect
7	Project medewerker	Behandeling Verandering cliënt Project Phamous Jaarlijks evaluatie Rob Giel onderzoekscentrum
8	EPD ICT	Verandering patiënt Organisatieniveau Behandelplan Zorgverbetering
9	-	Behandeleffect
10	-	Behandelplan Individuele zorgaanpassing
11	Onderzoekster	Behandeleffect

Hieronder staan de antwoorden op vraag 5 en 6 van de interviewvragen nader uitgelegd.

Bij de meeste organisaties zijn de HoNOS scorelijsten *geautomatiseerd* (koppeling aan het *elektronisch patiëntdossier* bijvoorbeeld) en in direct beheer van een *onderzoeksafdeling* of *ICT medewerker*. Bij 1 organisatie zijn de gegevens in beheer van het *Rob Giel onderzoekscentrum*. Op de website van het Rob Giel onderzoekscentrum (<http://www.rgoc.nl/>) staat het hoofddoel van het centrum beschreven. Het is een samenwerkingsverband tussen Lentis, de stichtingen GGZ Friesland en GGZ Drenthe, en het Universitair Centrum Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Deze samenwerking ontwikkelt nieuw onderzoek op het gebied van psychiatrische zorg, door al bestaand wetenschappelijk onderzoek bij elkaar te nemen en te versterken. De HoNOS (65+) gegevens zijn onderdeel van de data die gebruikt wordt.

Bij 7 van de 10 organisaties wordt het *behandeleffect* in kaart brengen als gebruik van de gegevens genoemd. In 4 organisaties dienen de uitkomsten van de HoNOS(65+) als leidraad voor vormgeving en bijstelling van *het behandelplan*. *Veranderingen in functioneren van de cliënt* inzichtelijk maken wordt bij 3 organisaties genoemd als gebruiksdoel van de

HoNOS (65+). Ook wordt er genoemd dat de uitkomsten van de HoNOS door de *zorgverzekeraars* gebruikt worden. De uitkomsten van de HoNOS(65+) worden op *afdelingsniveau* en *organisatieniveau* vergeleken. Dit houdt in dat er gekeken wordt of andere afdelingen of organisaties anders (beter of slechter) scoren op de HoNOS (65+). Dit geven 3 organisaties aan in de interviews. Bij 1 van de geïnterviewde organisaties kwam naar voren dat de gegevens van de HoNOS (65+) gebruikt zijn binnen een *validatiestudie* waarvan het rapport in augustus gepubliceerd wordt in het tijdschrift voor psychiatrie. Ook wordt het in *kaart brengen van de kwaliteit* genoemd. Aangegeven wordt dat, naar verwachting, op de lange termijn verbeterpunten op het gebied van *zorgkwaliteit* naar voren zullen komen. De HoNOS uitkomsten hebben ook in het *project Phamous* een rol gespeeld. Op de website (<http://www.phamous.eu>) is terug te vinden dat het doel van Project Phamous is; de zorg voor mensen met een psychose te verbeteren door jaarlijks op een systematische manier de psychische en lichamelijke gezondheid te evalueren en zo nodig de behandeling bij te stellen.

Bovenstaande resultaten zijn een weergave van alle verzamelde gegevens. Door middel van deze resultaten kan er antwoord gegeven worden op de vraagstellingen zoals in de inleiding beschreven. In het volgende hoofdstuk zullen de conclusies die getrokken zijn worden beschreven.

6. Conclusie

Nu alle gegevens en resultaten met betrekking tot de vraagstellingen beschikbaar zijn, is het mogelijk conclusies te trekken. In dit hoofdstuk wordt per deelvraag een conclusie weergegeven. Ook zal bij beide vraagstellingen een conclusie worden weergegeven die antwoord geeft op de vraag. De conclusies zijn gebaseerd op het literatuuronderzoek, hoofdstuk 4 en de resultaten, hoofdstuk 5.

6.1 Deelvraag 1.1

Wat is de HoNOS 65+?

Uit het vooronderzoek kan het antwoord op deze deelvraag als volgt geformuleerd worden: De HoNOS 65+ is een meetinstrument die routinematig het sociaal en psychisch functioneren in kaart brengt.

6.2 Vraagstelling 1

In welke mate zijn de uitkomsten van de 12 schalen van de HoNOS 65+ bij de derde afname veranderd ten opzichte van de eerste afname?

Geconcludeerd kan worden dat er weinig verband bestaat tussen de behandelduur en de toe of afname van de scores. Op de schaal cognitieve problemen is dit echter wel het geval want daar blijkt dat bij 25 van de 57 patiënten minder cognitieve problemen worden opgemerkt na 10 weken opname. Hieruit kan geconcludeerd worden dat, naast andere factoren, de behandelduur een positief verband houdt met de afname van de scores. Op de schaal problemen met lichamelijk ziekte is een positief verband te zien tussen behandelduur en de afname van de scores. Dit verband is echter minder opmerkelijk dan bij de schaal cognitieve problemen. Voor de overige schalen kan naar aanleiding van dit onderzoek gezegd worden dat de behandelduur nauwelijks tot geen verband houdt met de verandering van scores.

De onderzoekers zijn van mening dat aangenomen mag worden dat in de loop van de behandeling de scores van de meeste schalen zouden moeten afnemen. Opmerkelijk hierbij is dat de scores op de schaal opzettelijke zelfverwonding en de schaal problemen die gepaard gaan met hallucinaties en/of wanen voor een groot deel gelijk zijn gebleven. Ook is het opvallend dat de scores op de schalen gedragsstoornissen, problemen met alcohol en/of

druggebruik en problemen met werk en vrijetijdsbesteding meer zijn toegenomen dan afgenomen. De onderzoekers zijn van mening dat andere factoren verband houden met de toe of afname van de scores en onderzoek naar alleen het verband tussen de behandelduur en de scores onvoldoende is om aan te kunnen tonen wat de toe of afname heeft beïnvloed.

Vanuit de literatuur in het vooronderzoek kan gezegd worden dat de inter-beoordelaar betrouwbaarheid van de schalen opzettelijke zelfverwonding, problemen met ADL-activiteiten, algemene problemen met woonomstandigheden en problemen met werk en vrijetijdsbesteding, niet consequent voldoende scores. Op basis hiervan kan mogelijk verklaard worden waarom de uitkomsten van deze schalen niet in overeenstemming zijn met de verwachting van de onderzoekers dat de scores afnemen in de loop van de behandeling. Dit houdt in dat er onvoldoende overeenstemming is onder beoordelaars in de interpretatie van de problemen op de schalen.

6.3 Deelvraag 2.1

Wat zegt de literatuur over het gebruik van de uitkomsten van de HoNOS 65+?

Vanuit de literatuurstudie kan geconcludeerd worden dat de HoNOS gebruikt wordt om inzicht te krijgen in het verloop van de behandeling, maar ook in het verloop van de klachten van de patiënt gedurende een langere periode. Daarnaast blijkt uit de literatuur dat de HoNOS 65+ ook gebruikt kan worden om de geestelijke gezondheidszorg routinematig in kaart te brengen op individueel, maar ook op groepsniveau. Uit nationale literatuur kan geconcludeerd worden dat de HoNOS 65+ gebruikt wordt als onderdeel van het behandelplan.

6.4 Deelvraag 2.2

Wat zegt de literatuur over het gebruik van effectmetingen ter verbetering van de zorg?

Geconcludeerd kan worden dat er geen literatuur beschikbaar is die specifiek antwoord geeft op de deelvraag. Wel zegt de literatuur in het algemeen dat een effectmeting gebruikt kan worden om de kwaliteit van zorg te stimuleren.

6.5 Deelvraag 2.3

Hoe gebruiken GGZ organisaties de uitkomsten van de HoNOS 65+?

Onderstaande kan geconcludeerd worden naar aanleiding van de telefonische interviews.

De uitkomsten van de HoNOS (65+) dienen om de behandel effecten in kaart te brengen, als ook de veranderingen in het functioneren van de patiënt. Uitkomsten kunnen op organisatie- en afdelingsniveau worden vergeleken. Terugkoppeling van uitkomsten aan behandelaren is van belang. Dit is zichtbaar bij de organisaties die de uitkomsten, van verschillende afnamemomenten, gebruiken als leidraad voor het behandelplan. Gebruik van de HoNOS 65+ scorelijst en de uitkomsten zijn zeer geschikt binnen verscheidene projecten en in wetenschappelijk onderzoek. Uit het verleden zijn projecten en onderzoeken bekend die deze data gebruiken om onderzoek te bundelen of de HoNOS65+ als meetinstrument te onderzoeken.

6.6 Vraagstelling 2

Welke mogelijkheden zijn er om de uitkomsten van de HoNOS 65+ te gebruiken ter verbetering van de zorg binnen de behandelprogramma's Neuropsychiatrische stoornissen en Rehabilitatie van Juliana-Oord?

Zowel uit de literatuur als uit de interviews kan geconcludeerd worden dat de uitkomsten van de HoNOS 65+ op meerdere manieren gebruikt kunnen worden. Met enige nuanceverschillen wordt het voornamelijk gebruikt om het verloop in behandeling en/of ziekte van de patiënt te meten. Uit de literatuur en de interviews komt niet expliciet en concreet naar voren dat de uitkomsten gebruikt worden ter verbetering van de zorg. Wel hebben de genoemde mogelijkheden indirect betrekking op de verbetering van de zorg. Zoals de mogelijkheid, die benoemd werd in de literatuurstudie en bevestigd werd met de interviews, om de HoNOS 65+ te gebruiken bij het vormen, bijstellen en evalueren van het behandelplan. Dit kan van invloed zijn op de directe zorgverlening van verpleegkundige en begeleidende medewerkers. De zorg sluit meer aan bij de probleemgebieden van de patiënt, wanneer bovenstaande mogelijkheid wordt toegepast. De onderzoekers zijn van mening dat dit een verbetering van de zorg tot gevolg heeft. De onderzoekers zijn ook van mening dat de mogelijkheid om de HoNOS 65+ een centrale rol in te laten nemen in het behandelplanoverleg uitgebreid kan worden door specifieke behandelinterventies per schaal te formuleren, hierdoor kan concrete (verpleegkundige) zorg worden ingezet per probleemgebied.

Vanuit de interviews kan geconcludeerd worden dat Juliana-Oord de uitkomsten van de HoNOS 65+ zou kunnen vergelijken met de uitkomsten van andere afdelingen en/of

organisaties. In de literatuur zijn onderzoeken terug te vinden die dit gegeven ondersteunen. Door het vergelijken van de uitkomsten of de behandel-effecten zouden nieuwe inzichten kunnen worden verkregen van bepaalde patiëntencategorie of behandel-methode.

De literatuur onderstreept het belang van het routinematig meten. In combinatie met de uitkomsten van de interviews kan hieruit geconcludeerd worden dat het van belang is onderzoeken als deze regelmatig te laten plaats vinden om zo goede vergelijkingen te kunnen maken.

7. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden naar aanleiding van de conclusies aanbevelingen gedaan voor Juliana-Oord. Aan de hand van de verkregen resultaten en de geformuleerde conclusies willen de onderzoekers Juliana-Oord praktische aanbevelingen voorleggen omtrent het gebruik van de HoNOS 65+ en het verwerken van de uitkomsten daarvan in de praktijk. In overeenstemming met de resultaten en de conclusies worden de aanbevelingen onderverdeeld per vraagstelling.

7.1 Vraagstelling 1

In welke mate zijn de uitkomsten van de 12 schalen van de HoNOS 65+ bij de derde afname veranderd ten opzichte van de eerste afname?

Hieronder worden de aanbevelingen verwoord die geformuleerd zijn naar aanleiding van de resultaten en conclusies van vraagstelling 2.

Vergroten inter-beoordelaar betrouwbaarheid

Na afname en bepalen van de scores door de verpleegkundige is het van belang om de scores multidisciplinair te bepalen. Hierdoor wordt de betrouwbaarheid van de uitkomsten vergroot. Het behandelplanoverleg is bij uitstek een geschikt moment hiervoor, ook is dit een waardevol moment om behandelaren inzicht te geven in veranderingen die zichtbaar zijn in het functioneren van de patiënt. Het is ook aan te bevelen op korte termijn een herhaling te geven van de HoNOS 65+ cursus, hiermee wordt de interpretatie van de schalen binnen het team bespreekbaar gemaakt en het verschil hierin verkleind. Een andere stap die gezet kan worden om tot grotere overeenstemming te komen is een standaard formuleren voor een aantal schalen, die mogelijk verschillend worden geïnterpreteerd.

Vervolgonderzoek

In dit onderzoek zijn alleen T1 en T3 betrokken. Gezien de uitkomsten van de scores zijn de onderzoekers van mening dat het interessant is om te kijken naar wanneer de stijging of daling plaats vindt. Mogelijk is er binnen de 10 weken wel een lijn te zien in de toe af afname na de tussentijdse meting. Ook is aan te bevelen om in een multidisciplinair team te bespreken wat de oorzaken zouden kunnen zijn dat de schalen gedragsstoornissen, problemen met alcohol en/of drugsgebruik en problemen met werk en vrijetijdsbesteding

meer zijn toegenomen dan afgenomen. Voor de borging en implementatie van dit onderzoek hebben de onderzoekers besloten tijdens de presentatie aandacht te besteden aan deze aanbeveling door multidisciplinaire het gesprek aan te gaan over de resultaten.

7.2 Vraagstelling 2

Welke mogelijkheden zijn er om de uitkomsten van de HoNOS 65+ te gebruiken ter verbetering van de zorg binnen de behandelprogramma's Neuropsychiatrische stoornissen en Rehabilitatie van Juliana-Oord?

Onderstaande aanbevelingen zijn voortgekomen uit de resultaten en conclusies van vraagstelling 2.

Behandeleffect

Uit zowel de interviews als de literatuur is gebleken dat de HoNOS (65+) een geschikt meetinstrument is om de behandeleffecten in kaart te brengen. Tevens geldt voor het gebruik van de uitkomsten van de HoNOS (65+) als verantwoording aan zorgverzekeraars, of als data voor wetenschappelijk onderzoek, dat het van belang is om te beschikken over een grote database. Mocht Juliana-oord de HoNOS (65+) data voor dit doeleinde willen gebruiken is het dus van belang meer data te verzamelen. Voor de verpleegkundige zorgverlening is het van belang de aandacht meer te richten op de uitkomsten van de HoNOS (65+) per patiënt. De aanbevelingen die hieronder volgen ondersteunen dit gegeven.

Naar aanleiding van de conclusie op vraagstelling 2 wordt aanbevolen om de uitkomsten te gebruiken als leidraad voor het vormen, evalueren en bijstellen van het behandelplan. De uitkomsten geven inzicht in het functioneren van de patiënt en kunnen zo de opzet zijn voor het vormen en bijstellen van de behandeldoelen. Daarnaast zijn de onderzoekers van mening dat het een zeer praktische aanvulling op deze aanbeveling is om schaaal specifieke interventies te formuleren. Juliana-Oord kan zo per schaal aangeven welk interventieaanbod geraadpleegd kan worden. Deze schaaal specifieke interventies kunnen worden meegenomen door het verpleegkundig personeel bij het formuleren van het verpleegplan.

Resultaatvergelijking

Zoals in de conclusie vermeld is het aan te bevelen eigen uitkomsten van de HoNOS 65+ te vergelijken met die van andere afdelingen (intern) of organisaties (landelijk). Hierdoor wordt inzicht verkregen in hoe de behandeling zich verhoudt tot andere behandelingen en of hierin

aanpassing gewenst is. De onderzoekers zijn van mening dat het interessant zou zijn om te kijken of andere organisaties vergelijkbare (opmerkelijke) resultaten laten zien.

Literatuur/naslagwerk

Wij raden Juliana-Oord aan de publicaties van wetenschappelijke onderzoeken op het gebied van psychiatrische zorg waarin de HoNOS 65+ een rol speelt te volgen. Vanuit de interviews kwam het Rob Giel onderzoekscentrum naar voren. Een artikel van een validatiestudie naar de HoNOS 65+, uitgevoerd bij GGZ westelijk Noord-Brabant, zal verschijnen rond augustus 2010, in het tijdschrift voor psychiatrie.

Projecten

Tijdens het interviewen zijn meerdere projecten aan de orde gekomen die zich richten op het frequent meten van verbeteringen in lichamelijk en geestelijk functioneren van de patiënt. Twee voorbeelden hiervan zijn het project Phamous en het doorbraakproject schizofrenie. Het is Juliana-Oord aan te bevelen kennis te nemen van diverse projecten die opgericht zijn met als doel de zorg te kunnen verbeteren. Hieruit kan inspiratie op worden gedaan voor eigen gebruik van de HoNOS 65+.

8. Discussie

In de uitvoering van dit onderzoek zijn diverse methoden/middelen gebruikt om antwoord te geven op de vraagstellingen. Echter is het voorgekomen dat de onderzoekers bij de uitvoering van het onderzoek geconfronteerd werden met onvoorziene zaken die weerstand boden. Deze ontdekkingen zullen hieronder beschreven worden.

8.1 Kwalitatief onderzoek

Per abuis zijn er 2 telefonische interviews gehouden binnen dezelfde organisatie, namelijk GGZ Drenthe. Dit betrof dezelfde organisatie, maar verschillende afdelingen binnen deze organisatie. We hebben ervoor gekozen om te spreken over 10 organisaties. Bij de 2 interviews van GGZ Drenthe kwamen verschillende antwoorden naar voren. Hierdoor hebben we gekozen deze los van elkaar te benoemen.

Om de interviews te kunnen afnemen zijn er vragen opgesteld. De interviewvragen zijn in eerste instantie opgesteld aan de hand van de vraagstelling. In overleg met de opdrachtgever is besloten nog meer vragen op te nemen in het interview. Argument voor deze uitbreiding was dat het zou zorgen voor een introductie/goede aanloop naar de kern van het interview en wellicht ook interessante (aanvullende) informatie zou opleveren. Echter bij het verwerken van de interviews is gebleken dat door de grote omvang van de vragen, de vragen die het meest van belang waren voor beantwoording van de vraagstelling te weinig aandacht hebben gekregen. Gevolg hiervan is dat er interviews zijn waarin veel niet relevante informatie verkregen is en dat er in enkele gevallen niet voldoende doorgevraagd is naar de kern. De onderzoekers hebben hiervan geleerd dat bij de formulering van de interviewvragen de vraagstelling echt als uitgangspunt genomen dient te worden.

De keuze om deze interviews telefonisch af te nemen is mede tot stand gekomen door de verwachte omvangrijke reistijd. Nu is door de matige verstaanbaarheid van de interviews het verwerken een tijdrovende bezigheid geweest. Vraag is uiteindelijk of de keus voor face to face interviews uiteindelijk minder tijd zou hebben gekost.

Bij 1 van deze afgenomen interviews werd door de geïnterviewde naast de HoNOS(65+) scorelijsten gesproken over een SI-lijst en een 45+ lijst. De SI lijst wordt

genoemd als meetinstrument die gebruikt wordt voor de jeugd die opgenomen is binnen een organisatie en de 45+ lijst als meetinstrument die de patiënt zelf in kan vullen. Na enig zoekwerk op internet kan er concludeert worden dat het geen varianten van de HoNOS kunnen betreffen. De omschrijvingen komen het dichtst bij de 'Sociale Inadequatie' lijst en de 'Outcome Questionnaire-45'. Om dit met zekerheid vast te stellen zou dit in het interview uitgevraagd moeten worden. Hiermee zou onduidelijkheid voorkomen kunnen zijn.

8.2 Kwantitatief onderzoek

Bij de analyse is niet aangegeven in welke mate de score is afgenomen, toegenomen of gelijk gebleven. Een stijging van 0 naar 4 is gecodeerd met een 2 (staat voor toename), maar een stijging van 0 naar 1 is ook gecodeerd met een 2. De onderzoekers vragen zich af of de resultaten mogelijk anders geïnterpreteerd zouden kunnen worden wanneer in het onderzoek de mate van daling of stijging zichtbaar is.

Bij schaal 8, 9 en 12 zijn er van 5 of meer patiënten geen scores bekend, wanneer deze scores bekend zouden zijn zou dit het aantal toe en afname sterk kunnen beïnvloeden en de interpretatie en conclusie er anders hebben kunnen uitzien.

Tijdens het onderzoek is terloops gesproken met verpleegkundigen die de HoNOS 65+ afnemen bij de patiënten. Hieruit is op te maken dat er groot verschil bestaat in interpretatie van met name schaal 3: Problemen met alcohol/drugs en schaal 11: Problemen met woonomstandigheden. Het blijkt dat de ene verpleegkundige zucht naar alcohol wel scoort en de ander alleen een score geeft wanneer de patiënt de afgelopen 2 weken heeft gedronken. Op schaal 11 scoort de ene verpleegkundige altijd een 2 omdat de patiënt is opgenomen en er dus geen sprake is van 'normale' woonomstandigheden, terwijl de ander kijkt of iemand in staat is om te koken en wanneer dit het geval is een 0 wordt gescoord. De onderzoekers zijn van mening dat dit verschil in interpretatie de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zeer waarschijnlijk heeft beïnvloed. Naast deze verklaring hebben de onderzoekers gebrainstormd over mogelijke verklaringen voor de opmerkelijke uitkomsten. Het bleek onmogelijk te zijn een goed overzicht te geven van mogelijke factoren die de uitkomsten van de scores zouden kunnen beïnvloeden. Het streven van de onderzoekers was echter wel om een verklaring te geven voor dit gegeven. Naar verwachting zou dit een te groot scala aan verklaringen en factoren opleveren. Ook zouden deze verklaringen en factoren op hersenspinsels berusten in plaats van op feiten.

9. Literatuur

Boeken/readers

- Baarda, D.B., Goede, de M.P.M., Dijkum, van C. J., (2007). *Basisboek Statistiek met SPSS; Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens*. Groningen/Houten
- Baarda, D.B., Goede, de M.P.M., Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek; Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten
- Elzinga, M.M., (2009). *Handleiding ontwikkeling behandelprogramma's*. Amersfoort.
- Schaaf, I. vd., (2009a). *Behandelprogramma Neuropsychiatrische stoornissen ten gevolge van niet aangeboren hersenletsel*. Laren.
- Schaaf, I. vd., (2009b). *Behandelprogramma Rehabilitatie*. Laren.
- Slotboom, A., (2008). *Statistiek in woorden; de meest voorkomende termen en technieken*. Groningen.
- Verhoeven, N., (2007). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Purmerend.

Artikelen

- Allen, L., Bala, S., Carthew, R., Daley, S., Doyle, E., Driscoll, P., Grey, B., Macdonald, A., (1999). Experience and application of HoNOS 65+. *Psychiatric Bulletin*, 23, 203-206.
- Amin, S., Singh, S. P., Croudace, T., Jones, P., Medley, I., & Harrison, G. (1999). Evaluating the health of the nation outcome scales: Reliability and validity in a three-year follow-up of firstonsetpsychosis. *British Journal of Psychiatry*, 174, 399–403.
- Bagley, H., Cordingley, L., Burns, A., Mozley, C.G., Sutcliffe, C., Challis, D., Huxley, P. (2000). Recognition of depression by staff in nursing and residential homes. *Journal of clinical Nursing*, 9, 445-450.
- Bebbington, P., Brugha, T., Hill, T., Marsden, L., & Window, S. (1999). Validation of the Health of the Nation Outcome Scales. *British Journal of Psychiatry*, 174, 389–394.
- Burns, A., Beevor, A., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M., Mulinga, J., Hadden, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+). *British Journal of Psychiatry* 174, 424-427.

- Coetzer, R., & Du Toit, P. L. (2001). HoNOS–ABl; a clinically useful outcome measure? *Psychiatric Bulletin*, 25, 421–422. Departement of Health (1992) Health of the nation. White Paper. London: HMSO.
- Gowers, S. G., Harrington, R. C., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J., & Jezzard, R. (1999). A brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in Children: Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). *British Journal of Psychiatry*, 174, 413–416.
- Kisely, S., Campbell, L.A., Crossman, D., Gleich, S., Campbell, J., (2007). Are the Health of the Nation Outcome Scales a Valid and Practical Instrument to Measure Outcomes in North America?: A Three-Site Evaluation Across Nova Scotia. *Community Mental Health Journal*. Vol. 43, No. 2.
- Kortrijk, H.E., Mulder, C.L., Roosenschoon, B.J., Wiersma, D. (2009). Treatment Outcome in Patients Receiving Assertive Community Treatment . *Community Mental Health Journal*, s10597-009-9257-9.
- Mac-donald, A.J.D., (2002). The usefulness of aggregate routine clinical outcomes data: The example of HoNOS65+. *Journal of Mental Health (UK)* 11 pp. 645-656.
- Mozley, C.G., Huxley, P., Sutcliffe, C., Bagley, H., Burns, A., Challis, D., Cordingley, L., (1999). ‘Not knowing where I am doesn’t mean I don’t know what I like’: Cognitive impairment and quality of life responses in elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 14, 776-783.
- Mulder, C.L., Staring, A.B.P., Loos, J., Buwalda, V.J.A., Kuijpers, D., Sytema, S., Wierdsma, A.I., (2004). De Health of the Nation Outcome Scales(HoNOS) als instrument voor ‘routine outcome assessment’. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46, 273-284.
- Pirkis, J.E., Burgess, P.M., Kirk, P.K., Dodson, S., Coombs, T.J. and Williamson, M.K., (2005). A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales(HoNOS) family of measures. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 76.
- Reilly, S, Challis, D, Burns, A, Hughes, J., (2004). The use of assessment scales in Old Age Psychiatry Services in England and Northern Ireland. *Aging Mental Health*, 8, pp. 249-255.
- Roy, A., Matthews, H., Clifford, P., Fowler, V., & Martin, D. M. (2002). Health of the nation outcome scales for people with learning disabilities (HoNOS-LD). *British Journal of Psychiatry*, 180, 61–70.

- Sharma, V.K., Wilkinson, G., Fear, S., (1999). Health of the Nation Outcome Scales: a case study in general psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 395-398.
- 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 and Psychiatry*, 17, 226-230.
- Trauer, T. (2008). The subscale structure of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). *Journal of Mental Health*, 5, 499-509.
- Trauer, T. (2004). Use of a routine outcome measure in a consultation-liaison mental health service. *Australian Psychiatry*, 12, 139–144.
- Trauer, T., Callaly, T., Hantz, P., Little, J., Shields, R., & Smith, J. (1999). Health of the nation outcome scales. Results of the Victorian field trial. *British Journal of Psychiatry*, 174, 380–388.
- Wing, J., Curtis, R. & Beevor, A. (1994). Health of the Nation: Measuring mental health outcomes. *Psychiatric Bulletin*, 18, 690-691.
- Wing, J., Beevor, 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
- Wing, J.K., Lelliott, P., Beevor, A.S., (2000). HoNOS update; progress on HoNOS. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 392-393.

Rapporten

- College research unit, (1996). *Health of the Nation Outcome Scales: Report on Research*. London: Royal College of Research
- Mulder, C.L., Staring, A.B.P., Loos, J., Buwalda, V.J.A., Kuijpers, D., Sytema, S., Wierdsma, A.I. (2004). *The Health of the Nation Outcome Scale in Nederlandse bewerking; Handleiding*. Rotterdam: Trimbos instituut.
- Sluijs, E., Beek, S. van, Mouthaan, I., Neef, M. de & Wagner, C., (2002). *Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg; Een exploratief onderzoek naar de mate waarin zorginstellingen indicatoren gebruiken om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken*. Utrecht: NIVEL; Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.

Verklarende tabellen van de HoNOS 65+ scorelijst

HoNOS 65 +	
Verklarende tabellen te gebruiken bij de HoNOS 65+	
Enkele richtlijnen om in gedachten te houden	
1.	De score heeft alleen betrekking op de te beoordelen periode.
2.	Gebruik alle beschikbare informatie. Baseer de score op problemen – niet op diagnose
3.	Begin bij item 1 en scor in volgorde om het probleem maar één keer te scoren en zodoende overlap te vermijden.
4.	Gebruik uw klinisch oordeel om de score vast te stellen.
5.	Scor het meest ernstige punt / symptoom of probleem tijdens de betreffende periode. Kijk naar <u>alle</u> rijen en scor wat het ergst is.
6.	Algemene samenvatting van de scores
0	Geen probleem
1	Gering probleem – vereist geen actie
2	Licht probleem maar duidelijk aanwezig
3	Matig
4	Ernstig
9	Geen gegevens (maar vermijd dit indien mogelijk)

Vertaling: Tonnie Staring, Jolanda Stobbe & Niels Mulder (2003)

• Vanwege welke oorzaak dan ook					
SCHAAL 1. GEDRAGSSTOORNISSEN					
	Geen probleem 0	Gering (Vereist geen specifieke actie) 1	Licht 2	Matig 3	Ernstig 4
a) <i>Hyperactief</i>	Geen	Geringe hyperactiviteit	Duidelijk aanwezig hyperactiviteit	Aanhoudende hyperactiviteit	Ernstige hyperactiviteit
b) <i>Agressief</i>	Geen	Soms prikkelbaar/ruzie	Verbaal dreigen – duwen – vervelend – bemoeizuchtig (bijv. <i>agressieve gebaren</i>)	Vaak verbaal dreigen/fysieke agressie jegens anderen	Ten minste 1 ernstige fysieke aanval / aanhoudend en ernstig dreigend gedrag
c) <i>Storend of destructief jegens personen of zaken</i>	Geen	Geen	Lichte schade aan eigendommen (bijv. gebroken kopje/raam)	Gofere schade aan eigendommen (ernstiger)	Ernstige/blijvende schade (bijv. <i>brandstichting</i>)
d) <i>Rusteloosheid</i>	Geen	Soms	Met tussenpozen	Vaak	Praktisch voortdurend
e) <i>Agitatie</i>	Geen	Geen	Duidelijk aanwezige agitatie	Aanhoudend	Ernstige agitatie
f) <i>Tegenwerking of weerstand</i>	Geen	Meestal kalm en meewerkend	Werkt soms tegen, behoefte aan overreding & aanmoediging	Werkt vaak en duidelijk aanwezig tegen	Ernstige tegenwerking of weerstand
g) <i>Weglopen</i>	Geen	Geen/soms	Met tussenpozen (overdag of 's nachts)	Vaker (overdag en 's nachts)	Praktisch voortdurend
h) <i>Ongepast en ontremd gedrag (bijv. seksueel)</i>					Opzettelijk (bijv. urineren en/of defecatie)
i) <i>Ongepaste geluiden, bijv. schreeuwen, grommen, jammeren</i>	Geen	Soms	Met tussenpozen	Aanhoudend	Ernstig en onverdraaglijk voor anderen
j) <i>Bizar gedrag, bijv. onnatuurlijke houding</i>	Geen				
k) <i>Overige</i>					

Vertaling: Tonnie Staring, Jolanda Stobbe & Niels Mulder (2003)

SCHAAL 2 OPZETTELIJKE ZELFVERWONDING					
• <i>Neem risico op zelfbeschadiging in de toekomst niet in aanmerking, maar alleen het risico in de te beoordelen periode. Neem zowel para-suicide als suicidepogingen op.</i> • <i>De kwestie van opzet maakt deel uit van de huidige risico-inschatting hoewel dit moeilijk is in te schatten. Wanneer er geen bewijs is voor het tegendeel neem dan aan dat de resultaten van de zelfbeschadiging alle opzettelijk waren. Scoor NIET toekomstig risico – alleen risico in de afgelopen referentieperiode.</i>					
	Geen probleem 0	Gering 1	Licht 2	Matig 3	Ernstig 4
a) Gedachten/ideeën	Geen	Liever dood zijn – dood willen zijn maar geen gedachten over zelfbeschadiging	Soms gedachten over zelfbeschadiging (actief of passief)	Vaak gedachten over zelfbeschadiging inclusief plannen maken	Hardnekkige en ernstige gedachten over zelfbeschadiging
b) Intentie	Geen	Geen	Licht (bijv. geen maatregelen nemen bij potentieel levensbedreigende situaties)	Matig risico in de betreffende periode Voorbereidend gedrag (bijv. pillen verzamelen)	Ernstig risico op zelfbeschadiging in de referentieperiode
c) Daden	Geen	Geen	Geen	Geen	Ten minste één poging tot zelfbeschadiging in de betreffende periode

Vertaling: Tonnie Staring, Jolanda Stobbe & Niels Mulder (2003)

SCHAAL 3. PROBLEMEN MET ALCOHOL- OF DRUGSGEBRUIK					
	Geen probleem	Gering (iets te overmatig maar binnen de sociale norm)	Licht (Geen ernstig probleem)	Matig	Ernstig
	0	1	2	3	4
a) Verlangen en Tolerantie	Geen	Geen	Lichte mate	Aanmerkelijk verlangen of afhankelijkheid	Ernstig verlangen en afhankelijkheid
b) Alcohol of drugs krijgen prioriteit	Geen	Geen	Tamelijk vaak	Aanhoudend	Volledig
c) controleverlies	Geen	Kan onder controle houden	Enig controleverlies	Matig controleverlies	Ernstig/aanhoudend controleverlies
d) Frequentie van onder invloed zijn	Geen	Niet duidelijk aanwezig	Regelmatig – ong. 2-3 keer per week	Vaker – ong. 4-5 keer per week	Aanhoudend - dagelijks
e) Andere risico's nemen, bijv. rijden onder invloed	Geen	Geen	Regelmatig	Duidelijk aanwezig	Ernstig
f) Tijdelijke effecten	Geen	Zelden	Af en toe een kater	Vaak een kater	Ernstige belemmering vanwege alcohol / drugsproblemen

Vertaling: Tonnie Staring, Jolanda Stobbe & Niels Mulder (2003)

SCHAAL 4. COGNITIEVE PROBLEMEN					
• gepaard met enige stoornis					
	Geen probleem 0	Gering 1	Licht 2	Matig 3	Ernstig 4
a) Geheugen	Geen	Enige mate van vergeetachtigheid maar kan nieuwe dingen leren	Duidelijke problemen met zich nieuwe informatie herinneren (bijv. namen of recente gebeurtenissen) Tekort heeft invloed op dagelijkse activiteiten Enige moeite met de weg vinden in een nieuwe of onbekende omgeving	Kan geen nieuwe informatie onthouden (onthoudt alleen materiaal dat steeds wordt herhaald)	Ernstige beperking (bijv. Er zijn alleen nog fragmenten over; verlies van zowel oude als recente informatie; kan geen nieuwe informatie leren; kan geen goede vrienden/familie herkennen of noemen.)
b) Oriëntatie	Geen	Enige moeite met oriënteren in tijd	Vaak gedesoriënteerd in tijd	Meestal gedesoriënteerd in tijd en vaak in plaats	Voortdurend gedesoriënteerd in tijd en plaats en soms in persoon
c) Taal	Geen	Geen problemen met taalgebruik	Kan eenvoudige verbale informatie aan, maar enige moeite met begrip Moeite met meer complex expressief taalgebruik	Ernstige problemen met taal (expressief en/of receptief)	Geen effectieve communicatie mogelijk via taal

Vertaling: Tonnie Staring, Jolanda Stobbe & Niels Mulder (2003)

SCHAAL 5. PROBLEMEN DIE VERBAND HOUDEN MET LICHAMELIJKE ZIEKTE/HANDICAP					
vanwege welke oorzaak dan ook	Geen probleem	Gering gezondheidsprobleem	Licht Beperking van activiteiten of mobiliteit	Matig Beperking van activiteiten	Ernstig Grote gezondheidsproblemen met ernstige beperking van activiteiten
	0	1	2	3	4
a) Lichamelijke gezondheid	Geen	Bijv. oude blauwe plekken door vallen enz., die snel overgaan (bijv. patiënt knapt iets op tijdens langdurige ziekte, zoals artritis)	Lichte luchtweginfectie of urineweginfectie Enigermate verlies van onafhankelijkheid	Meer Ernstige luchtweginfectie of urineweginfectie + incontinentie	Ernstige infecties die leiden tot bedlegerigheid
b) Mobiliteit	Geen	Enige beperking	Loopafstand beperkt (zonder hulpmiddelen)	Loopt alleen met hulp (middel)	Gebonden aan bed/stoel
c) Zintuiglijke beperking	Geen	Enige beperking maar kan effectief functioneren (bijv. bril of gehoorapparaat)	Gezichts- of gehoorbeperkingen ondanks hulpmiddelen (bijv. bril of gehoorapparaat)	Matige beperking	Ernstige beperking – (bijv. officieel blind en doof)
d) Vallen	Geen	Geen	Mogelijkheid van, of laag risico op, vallen; tot op heden niet gevallen (onvast)	Duidelijk aanwezig risico op vallen; al 1 of meer keren gevallen	Hoog risico op vallen; al 1 of meer keren gevallen vanwege lichamelijke ziekte/handicap
e) Bijwerkingen van medicijnen	Geen	Geen	Licht	Matig	Ernstig
f) Pijn vanwege lichamelijke ziekte	Geen	Geen	Lichte mate van pijn	Enige mate van pijn	Ernstige pijn/problemen die gepaard gaan met pijn
g) Verwonding vanwege drugs, alcohol, zelfverwonding of ongeluk	Geen	Geen	Licht	Matig bijv. levercirrose	Ernstig Beperkt bewust. niveau, bijv. letf
h) Overige (bijv. spreken bemoeijkt door gebitsproblemen)					

Vertaling: Tonnie Staring, Jolanda Stobbe & Niels Mulder (2003)

SCHAAL 6. PROBLEMEN DIE GEPAARD GAAN MET HALLUCINATIES EN/OF WANEN (OF ONJUISTE OPVATTINGEN)					
Ongeacht diagnose					
	Geen probleem 0	Gering 1	Licht – Klinisch probleem 2	Matig – Klinisch probleem 3	Ernstig – Klinisch probleem 4
a) Wanen	Geen	Enige vreemde/excentrieke opvattingen Ongevaarlijk maar niet overeenkomstig culturele normen	Aanwezig maar weinig lijdensdruk voor zich zelf of anderen	Aanmerkelijke preoccupatie met wanen of hallucinaties, veroorzaakt duidelijk aanwezige lijdensdruk voor zelf of anderen	- Geestestoestand en gedrag ernstig beïnvloed door wanen of hallucinaties - Heeft aanzienlijk impact op patiënt of anderen
b) Hallucinaties	Geen	Geen	Aanwezig maar weinig lijdensdruk	Als hierboven	Als hierboven
c) Denkstoornis	Geen	Vermindering van associatievermogen	Lichte denkstoornis	Matige denkstoornis	Onbegrijpelijk, niet ter zake doende

SCHAAL 7. PROBLEMEN MET DEPRESSIEVE SYMPTOMEN					
	Geen probleem 0	Gering 1	Licht 2	Matig 3	Ernstig 4
Stoornis in de Stemming (depressieve stemming en symptomen die gepaard gaan met een depressieve stemming ongeacht welke stoornis)	Geen	Somber, of gering, of voorbijgaande stemmingswisselingen	Duidelijke depressie op subjectieve en objectieve maatstaven (bijv. verlies van belangstelling, plezier of zelfwaardering, gebrek aan energie, of schuldgevoelens)	Aanzienlijke depressieve symptomen (op subjectieve of objectieve gronden)	Ernstige depressieve symptomen op subjectieve of objectieve gronden (bijv. Preoccupatie met schuld en waardedoosheid, of teruggetrokken vanwege diepgaand verlies van belangstelling; ernstig verlies van lustbeleving)

Vertaling: Tonnie Staring, Jolanda Stobbe & Niels Mulder (2003)

SCHAAL 8. ANDERE GEESTELIJKE EN GEDRAGSPROBLEMEN					
- Scoor het ergste klinische probleem dat niet is gescoord op schaal 6-7 A) Fobieën B) Angst en paniek C) Obsessief-compulsief D) Geestelijke stress en spanning E) Dissociatie- of conversieproblemen F) Somatoforme – aanhoudende lichamelijke klachten van hoofdzakelijk psychische oorsprong (met weinig bewijs voor een lichamelijke ziekte) bijv. Hypochondrie G) Eten - te veel/te weinig H) Slaap – slaperigheid/slapeloosheid I) Seksueel J) Overige – zoals opgetogenheid – euforische stemming – problemen die niet elders zijn gespecificeerd					
	Geen probleem 0	Gering (Vereist weinig of geen actie) 1	Licht (Probleem is klinisch aanwezig) 2	Matig 3	Ernstig 4
a) Ernst van symptomen	Geen	Niet-klinische problemen	In lichte mate – patiënt heeft nog interactie en is niet teruggetrokken	Probleem ligt op matig/duidelijk aanwezig niveau (symptomen zijn duidelijker aanwezig)	Ernstige symptomen
b) Frequentie	Geen	Af en toe	Met tussenpozen	Vaker	Aanhoudende symptomen
c) Mate van beheersing	Geen	Goed beheersbaar	Patiënt handhaaft zekere mate van controle	Begint controle te verliezen	Domineert of heeft ernstige invloed op de meeste activiteiten
d) Mate van lijdensdruk (alleen voor zich zelf)	Geen	Waarschijnlijk niet	Lijdt niet ondraaglijk	Symptomen leveren meer lijdensdruk op	Ernstige lijdensdruk

Vertaling: Tonnie Staring, Jolanda Stobbe & Niels Mulder (2003)

SCHAAL 9. PROBLEMEN MET SOCIALE OF ONDERSTEUNENDE RELATIES					
<i>Vastgesteld door of duidelijk voor patiënt, verzorgers of anderen zoals instellingspersoneel</i> a) Zich actief of passief terugtrekken uit relaties (beoordeeld op de kwaliteit of kwantiteit van communicatieve vaardigheden) b) Niet-ondersteunende relaties (patiënt kan geen emotionele steun verkrijgen) <i>(bijv. omdat deze overvriendelijk is, of taal verkeerd interpreteert)</i> c) Destructieve/zelfbeschadigende relaties <i>(bijv. vanwege persoonlijke problemen en daardoor moeite hebben met het onderhouden van relaties of het verkrijgen van nuttige bondgenoten)</i>					
	Geen probleem 0	Gering 1	Licht 2	Matig 3	Ernstig 4
a) Mate van actieve/passieve terugtrekking uit relaties en conflicten	Geen	Is misschien eenzaam maar onafhankelijk en competent in het gezelschap van anderen	Bewijs voor duidelijke problemen met het maken / onderhouden van relaties (bijv. vanwege dwingend optreden of voortkomend uit moeizame / uitbuitende / mishandelende relatie met verzorgers) Problemen gemeld door patiënt of duidelijk voor anderen	Matig maar duidelijk aanwezig niveau van conflict vastgesteld door patiënt of anderen	Ernstige problemen met relaties (bijv. isolement, terugtrekking/conflict of mishandeling) Grote spanningen en stress (bijv. dreigende verbreking van relaties)
b) Frequentie	Geen	Tevreden met belangstellingsniveau	Met tussenpozen probleem of wisselend probleem met relaties	Hardnekkig probleem binnen relatie dat leidt tot zich enigszins terugtrekken	Hardnekkig en doorlopend
c) Lijdensdruk	Geen	Geen	Geen grote lijdensdruk (licht)	Lijdensdruk (duidelijk aanwezig) (de patiënt en/of anderen)	Zeer grote lijdensdruk

Vertaling: Tonnie Staring, Jolanda Stobbe & Niels Mulder (2003)

SCHAAL 10. PROBLEMEN MET ADL-ACTIVITEITEN					
Scor het huidige algemene niveau van de feitelijke prestatie of het functioneren (niet de potentiële competentie), inclusief enig gebrek aan motivatie. Neem in aanmerking: Persoonlijke ADL-activiteiten, bijv. zich aankleden, wassen, naar het toilet gaan, eten koken, financiën					
	Geen probleem	Gering (Geen duidelijk aanwezig of nadelige gevolgen)	Licht	Matig	Ernstig
	0	1	2	3	4
Persoonlijke en huishoudelijke ADL-activiteiten	Goed vermogen tot effectief functioneren	Enige tekortkomingen maar kan daar effectief mee omgaan (bijv. slordig, lichtelijk gedesorganiseerd)	Stimulering kan nodig zijn. Duidelijk aanwezige maar lichte tekort-komingen die het functioneren beïnvloeden. Problemen doen zich voor bij huishoudelijke ADL (bijv. problemen met organiseren en klaarmaken van een maaltijd. Problemen met inschatten van financiën)	Duidelijke problemen bij zowel persoonlijke als huishoudelijke ADL. (bijv. heeft enig toezicht nodig bij aankleden en eten, incontinentie, kan geen maaltijd klaarmaken.)	Ernstig onvermogen op bijna alle gebieden van persoonlijke en huishoudelijke ADL (bijv. volledig toezicht nodig bij aankleden en eten, regelmatig incontinentie van urine en faeces.)

Vertaling: Tonnie Staring, Jolanda Stobbe & Niels Mulder (2003)

SCHAAL 11. ALGEMENE PROBLEMEN MET WOONOMSTANDIGHEDEN					
Neem in aanmerking de mate waarin de woonomstandigheden van de patiënt de vaardigheden en vermogens waarover deze nog beschikt, beïnvloeden. Neem specifiek in aanmerking: a) <i>Basisvoorzieningen, bijv. verwarming, licht, hygiëne, kookfaciliteiten;</i> b) <i>Relatie met familieleden, behulpzame buren, anderen;</i> c) <i>Beschikbare keuzemogelijkheden of mate waarin er kans is op het verbeteren van de motivatie (bijv. bevorderen van het gebruik van bestaande vaardigheden en nieuwe ontwikkelingen), privacy – koken, talenten;</i> d) <i>Voorkeuren en mate van tevredenheid met behuizing;</i> e) <i>Personeel - aantallen (gekwalificeerd), kwaliteit, ervaring, relatie met personeel, kennis van de vermogens van de patiënt.</i>					
	Geen probleem (Huisvesting is acceptabel & zonder beperkingen. Autonomie bereikt)	Gering of voorbijgaand probleem (Redelijk acceptabel maar minder volledige autonomie)	Lichte problemen (Matige beperking in woonomgeving – kan riskant zijn voor patiënt, duidelijk aanwezige problemen met 1 of meer aspecten)	Matig (Meervoudige problemen met huisvesting die tijdens druk veroorzaken waardoor aanzienlijke beperking, risico van verwonding, enz.)	Ernstig (Huisvesting is onacceptabel, waardoor ernstige beperking, hoog risico van verwonding, enz.)
	0	1	2	3	4
Objectieve kijk op woonomgeving van patiënt	Zeer goed (Huisvesting is acceptabel & zonder beperkingen. Autonomie bereikt)	Redelijk, bijv. rommelig ingericht/stankvuil Geen fundamentele gebreken.	Enige duidelijk aanwezige problemen met huisvesting of hulpmiddelen en aanpassingen. Basisvoorzieningen aanwezig.	Slecht – Afwezigheid van 1 of meer basisvoorzieningen, bijv. slechte kookfaciliteiten	Ernstige problemen. Heel slecht. Dakloos – Ernstig, bijv. ontoelaatbare woonomstandigheden

Vertaling: Tonnie Staring, Jolanda Stobbe & Niels Mulder (2003)

SCHAAL 12. PROBLEMEN MET WERK EN VRIJETIJDSEBESTEDING – KWALITEIT VAN DAGINVULLING									
Scoop het algemene niveau van de problemen. Scoor alleen voor de omgeving tijdens de betreffende periode. <i>Neem in aanmerking:</i>									
a) Vervoerregelingen									
b) Personeel/Verzorgers/Hulpverleners – aantallen (gekwificeerd), kwaliteit, ervaring, relatie met personeel, kennis van de vermogens van de patiënt									
c) Bezigheden van de patiënt overdag									
d) Scoor alleen voor de omgeving tijdens de betreffende periode									
	Geen probleem (Autonomie bereikt of geoptimaliseerd)	0	Geringe of tijdelijke problemen (Geen volledige autonomie)	1	Lichte beperking	2	Matige beperking	3	Ernstige beperking (Patiënt ernstig verwaarloosd. Minimale omstandigheden, geen opbouwende activiteiten)
a) Activiteiten beschikbaar – cursussen, bibliotheken, dagverblijven, inloophuizen	Zeer goede mogelijkheden beschikbaar/toegankelijk	0	Activiteiten beschikbaar maar niet op geschikte tijden, enz.	1	Beperkt aanbod van mogelijkheden (bijv. onvoldoende steun door verzorgers/hulpverleners, of beperkte ondersteuning overdag)	2	Tekort aan beschikbare professionele hulpverlening en ondersteuning om vaardigheden te optimaliseren. Weinig kansen om nieuwe vaardigheden te ontwikkelen	3	Totaal gebrek aan adequate mogelijkheden voor activiteiten overdag
b) Mate van medewerking van patiënt	Volledige medewerking	0	Patiënt aarzeland of had moeite met gebruikmaken van faciliteiten	1	Patiënt wil of kan soms geen gebruik maken van faciliteiten	2	Patiënt wil of kan vaak geen gebruik maken van faciliteiten	3	Patiënt weigert of kan nooit gebruik maken van faciliteiten

Vertaling: Tonnie Staring, Jolanda Stobbe & Niels Mulder (2003)

Bijlage 2

In deze bijlage wordt de werkwijze van het interviewen uitvoerig beschreven.

1) Interview met organisatie waar de HoNOS gebruikt wordt

1. Voorstellen:

Groepje van HBO-V studenten, afstudeeronderzoek in opdracht van Juliana-Oord, GGZ instelling voor niet aangeboren hersenletsel.

Doel van dit onderzoek is waar de uitkomsten van de HoNOS voor gebruikt kunnen worden.

2. Toelichten van doel.

Uit eerder contact via de e-mail hebben wij vernomen dat u binnen de organisatie gebruik maakt van de HoNOS. Wij willen u over het gebruik van de HoNOS een aantal vragen stellen. Voor een goede verwerking van dit onderzoek vragen wij u of u akkoord gaat met opname van dit gesprek.

3. Vragen stellen

- 1) Maakt u gebruik van de HoNOS of de HoNOS 65+ versie?
- 2) Waarom is er gekozen voor gebruik van de HoNOS(65+)?
- 3) Op welke momenten tijdens de behandeling wordt de HoNOS(65+) afgenomen?
Door wie wordt dit gedaan?
- 4) Hoe lang is de HoNOS(65+) al in gebruik?
- 5) Hoe en door wie worden de uitkomsten van de HoNOS(65+) beheerd?
(kwaliteitsmedewerker?)
- 6) Zijn de uitkomsten van de HoNOS(65+) onderdeel van de kwaliteitscyclus binnen de organisatie? (ter verbetering van de zorg)

4. Belang en verwerking van de informatie:

Bedankt voor uw medewerking. Wij zullen deze informatie gebruiken om Juliana-oord aanbevelingen te doen voor het gebruik van de HoNOS 65+.

2) Interview met organisatie waar de HoNOS binnenkort geïmplementeerd wordt

1. Voorstellen:

Groepje van HBO-V studenten, afstudeeronderzoek in opdracht van Juliana-Oord, GGZ instelling voor niet aangeboren hersenletsel.

Doel van dit onderzoek is waar de uitkomsten van de HoNOS voor gebruikt kunnen worden.

2. Toelichten van doel.

Uit eerder contact via de e-mail hebben wij vernomen dat jullie organisatie binnenkort de HoNOS gaat implementeren. Wij willen u hier enkele vragen over stellen. Voor een goede verwerking van dit onderzoek vragen wij u of u akkoord gaat met opname van dit gesprek.

3. Vragen stellen

- 1) Gaat uw organisatie straks gebruik maken van de HoNOS of de HoNOS 65+ versie?
- 2) Waarom is er gekozen voor de HoNOS(65+)?
- 3) Hoe gaat de HoNOS(65+) praktisch gezien gebruikt worden?
 - Wie gaat de scorelijsten afnemen?
 - Hoe en door wie worden de gegevens beheerd?
- 4) Waar gaan de uitkomsten van de HoNOS(65+) straks voor gebruikt worden?
- 5) Is ook een doel van de organisatie dat de uitkomsten van de HoNOS(65+) gebruikt zullen worden in de kwaliteitscyclus van uw organisatie? (ter verbetering van zorg)

4. Belang en verwerking van de informatie:

Bedankt voor uw medewerking. Wij zullen deze informatie gebruiken om Juliana-oord aanbevelingen te doen voor het gebruik van de HoNOS 65+.

3) Interview met organisatie waar gebruik van de HoNOS onbekend is

1. Voorstellen:

Groepje van HBO-V studenten, afstudeeronderzoek in opdracht van Juliana-Oord, GGZ instelling voor niet aangeboren hersenletsel.

Wij zoeken naar gebruikservaringen van de HoNOS scorelijsten. Allereerst is het dus van belang te weten of u deze scorelijst gebruikt binnen uw organisatie.

Nee:

Dan hebben de vragen helaas geen betrekking op uw organisatie. Bedankt en tot ziens.

Ja:

Wij willen u over het gebruik van de HoNOS een aantal vragen stellen. Voor een goede verwerking van dit onderzoek vragen wij u of u akkoord gaat met opname van dit gesprek.

3. Vragen stellen

- 1) Maakt u gebruik van de HoNOS of de HoNOS 65+ versie?
- 2) Waarom is er gekozen voor gebruik van de HoNOS(65+)?
- 3) Op welke momenten tijdens de behandeling wordt de HoNOS(65+) afgenomen?
Door wie wordt dit gedaan?
- 4) Hoe lang is de HoNOS(65+) al in gebruik?
- 5) Hoe en door wie worden de uitkomsten van de HoNOS(65+) beheerd?
(kwaliteitsmedewerker?)
- 6) Zijn de uitkomsten van de HoNOS(65+) onderdeel van de kwaliteitscyclus binnen de organisatie? (ter verbetering van de zorg)

4. Belang en verwerking van de informatie:

Bedankt voor uw medewerking. Wij zullen deze informatie gebruiken om Juliana-oord aanbevelingen te doen voor het gebruik van de HoNOS 65+.