

## Artikel

# Routine Outcome Monitoring in het FPC dr. S. van Mesdag

*Erwin Schuringa*

## Inleiding

In dit artikel wordt beschreven hoe het Patient Volg Systeem (PVS) per 1 april 2010 vorm heeft gekregen in het FPC dr. S. van Mesdag en hoe deze methode is ontstaan. Het PVS is een vorm van routine outcome monitoring (ROM), waarmee routinematig de toestand van de patient met behulp van een instrument wordt vastgesteld in het kader van de evaluatie van de behandeling (Smith et al., 1997, Mulder et al, 2010). Eerst zal de oude werkwijze van behandel-evaluatie beschreven worden. Daarna zullen de gebruikte vragenlijst en de resultaten van het pilot onderzoek besproken worden. Vervolgens wordt de werkwijze van het PVS met daarbij de in de toekomst mogelijke en gewenste uitbreidingen beschreven.

## Oude werkwijze

Een patient in de van Mesdag heeft minimaal eenmaal en normaal gesproken tweemaal per jaar een multidisciplinaire behandelbespreking (MDB). Bij deze bespreking zijn alle disciplines waarmee een patient de afgelopen MDB periode te maken heeft gehad vertegenwoordigd. In de van Mesdag zijn dit in ieder geval de sociotherapie, de behandelcoördinator en de maatschappelijk werker. Daarnaast kan een patient ook te maken hebben met een psychotherapeut, een psychiater, vaardigheidstrainers, non-verbale therapeuten, psychomotore therapeuten, educatieve therapeuten of medewerkers arbeidsgerichte activiteiten. Tijdens het MDB wordt de gegeven behandeling geëvalueerd en de toekomstige behandeling vastgesteld. Elke discipline schrijft zijn eigen bijdrage voor een MDB. Dit gebeurt op semi-gestructureerde wijze, waarbij elke discipline zijn eigen format heeft. De schriftelijke bijdragen en de notulen van deze bijeenkomst vormen samen de wettelijke aantekening en deze wordt ter informatie naar de rechtbank verstuurd. Disciplines hebben een grote vrijheid in het bepalen van welke onderwerpen zij belangrijk vinden om over te schrijven. Mede hierdoor is het vergelijken van de verschillende bijdrages lastig evenals het vergelijken met voorgaande periodes. Vanwege deze moeilijkheden rees de vraag naar een gestructureerde manier van behandel-evaluatie met een directe terugkoppeling naar het behandelteam waarbij dynamische delictgerelateerde factoren worden gemeten.

Deze vraag hield geleid tot de ontwikkeling van het instrument voor forensische behandel-evaluatie (IFBE).

## Het Instrument voor Forensische Behandel Evaluatie (IFBE)

De IFBE is een gedragsobservatie instrument. Er wordt dan ook aan de beoordelaars gevraagd te scoren op gedrag dat ze zelf hebben waargenomen en dus niet op wat ze te horen hebben gekregen over de patient. De lijst bestaat uit 29 vragen en is in gemiddeld 15 minuten in te vullen. De lijst is samengesteld uit de klinische items van de HKT-2010 experimentele versie (Werkgroep revisie HKT, 2010) en enkele domeinen van de ASP-NV (Schuringa, Bokern, Pieters & Spreen, 2006). De ASP-NV bestaat uit 10 domeinen die elk 3 of 4 items bevatten. De pilot met de IFBE is nog gebeurd met de klinische items van de HKT-30 (Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie, 2003) en alle 10 domeinen van de ASP-NV. Alle items worden gescoord op een 17 puntsschaal. Deze ziet er als volgt uit:

### Toont de patient probleeminzicht of probleembesef?

Iemand met probleeminzicht heeft inzicht in de eigen mentale processen en de invloed hiervan op het gedrag. Bij probleembesef heeft de patient last van de problemen die zijn gedrag oproept (hij beseft dat hij een probleem heeft) maar hij heeft geen inzicht in wat zijn gedrag stuurt of hoe hij invloed op zijn gedrag kan uitoefenen.

geen ..... probleembesef ..... voldoende  
0 ... | . . . [ 2 . . . 3 . . . 4

0 Geen probleeminzicht en geen probleembesef, accepteert geen externe controle.

1 Geen probleeminzicht en weinig probleembesef.

1 2 Geen probleeminzicht, wel probleembesef maar gedraagt zich niet hiemaar.

3 Enig probleeminzicht. Hij handelt er niet altijd naar.

4 De patient heeft voldoende inzicht in de factoren die zijn risicogedrag bepalen en gedraagt zich hiemaar.

Bij de items zijn beschrijvingen van gedrag die bij de genummerde scores passen vermeld, zogenaamde ankerpunten. De schalen geven echter ruimte om tussen de ankerpunten in te scoren. Als men twijfelt tussen een score 0 en 1, dan kan er een score tussen deze twee in gekozen worden. In de items is de optie Niet Genoeg Informatie (NGI) verwerkt. Niet alle disciplines kunnen op alle vragen antwoord geven. Ook is de optie Niet van Toepassing (NVT) verwerkt, niet alle items zijn op alle patienten van toepassing.

De bruikbaarheid van de IFBE is in verschillende pilot studies onderzocht (van Dorp, 2008; Baets, 2008; Buhring, 2009). Met de IFBE is onder andere een pilot uitgevoerd bij 55 patienten van de van Mesdag. Minimaal twee van elke unit (totaal 21 units), zodat een brede groep patienten aan bod is gekomen (zie tabel 1).

Met behulp van de pilot werd de betrouwbaarheid en de validiteit van de lijst vastgesteld. Uit schaalanalyse op de domeinen van de ASP-NV bleek de interne consistentie van de domeinen goed of zelfs te hoog te zijn. Er is een

Tabel 1.

DSMIV	N	% van groep	aantal eerste diagnose	% van groep
As I: psychotische stoornis	26	47.3	23	41.8
As I: Verslavingsstoornis	34	61.8	-	-
As I: Seksuele stoornis	14	25.3	3	5.5
As I: Autisme spectrum stoornis	17	30.9	7	12.7
As II stoornis	44	80.0	22	40.0

factoranalyse uitgevoerd op alle items en de domeinen. Uit deze factoranalyse kwamen drie factoren: Behandelbaarheid, Antisociaal gedrag en Algemene vaardigheden. Enkele items/domeinen vielen buiten deze drie factoren. Dit was te wijten aan de geringe respons op deze items. Een aantal van deze items zijn namelijk zeer specifiek voor bepaalde patientengroepen, zoals seksueel grensoverschrijdend gedrag. En vanwege de geringe omvang van de pilot was het aantal respondenten op deze items/domeinen laag. Op basis van theoretische gronden zijn deze na de pilot alsnog toegevoegd aan een van de drie factoren. Ook waren er items/domeinen die niet goed te beoordelen waren door de beoordelaars of hoog correleerden met andere items/domeinen. Deze items/domeinen zijn verwijderd uit de vragenlijst omdat ze geen meerwaarde hebben.

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vast te stellen is gekeken naar het gemiddelde absolute verschil (GAV) tussen twee sociotherapeuten. Sociotherapeuten zien de patient ongeveer even veel en in dezelfde situatie, daardoor zouden de scores van twee sociotherapeuten erg dicht bij elkaar moeten liggen. Op een 17-puntsschaal is een GAV tussen twee personen van minder dan 4 een goed resultaat. Dit betekent dat ze minder dan een ankerpunt uit elkaar liggen qua scores. Het GAV van de IFBE is 2,62 (min.=0,83 en max.=4,50). De enkele vragen met een GAV waarbij het maximum hoger was dan 4 zijn geevalueerd en aangepast of verwijderd voor de definitieve versie. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is dus erg goed te noemen.

Een zeer belangrijk doel van de behandeling van ter beschikking gestelden (TBS'ers) is het voorkomen van toekomstige recidive. Een instrument voor de evaluatie van de forensische behandeling zou dus toekomstige recidive moeten kunnen voorspellen. Hiervoor is een retrospectief onderzoek gedaan bij een groep patienten (N=64) die is uitgestroomd uit de van Mesdag en waarvan de recidivecijfers bekend zijn. Hieruit bleek dat de drie factoren afzonderlijk recidive voorspellen (zie tabel 2) en de som van deze factoren als beste voorspeller naar voren kwam (een AUC waarde tussen de 0,70 en de 0,75 wordt gezien als voldoende en waarden boven de 0,75 als goed; Hosmer en Lemeshow, 2000).

Tabel 2.

Factor	AUC- waarde
Behandelbaarheid	0,72** (.56-.88) <sup>1</sup>
Antisociaal gedrag	0,79** (.66-.93)
Algemene vaardigheden	0,78** (.63-.93)
Som van drie factoren	0,81** (.69-.94)

<sup>1</sup> 95% betrouwbaarheidsinterval; \*\*= p<0.05

Een behandel-evaluatie instrument moet echter niet alleen op lange termijn voorspellingen kunnen doen, ook op korte termijn wil je uitspraken kunnen doen. De drie factoren zijn vergeleken met verschillende uitkomstmaten drie maanden na het MDB. Deze uitkomstmaten waren drugsgebruik, opgelegde beperkingen en het aanwezigheidspercentage op de arbeid. De keuze voor deze uitkomstmaten is gebaseerd op de meetbaarheid ervan. Een uitkomstmaat zoals aanwezigheid bij therapie bleek bijvoorbeeld (nog) niet te achterhalen te zijn.

De factor behandelbaarheid bleek drugsgebruik en de aanwezigheid op de arbeid goed te voorspellen. De factor antisociaal gedrag voorspelt drugsgebruik en beperkingen erg goed en voorspelt de aanwezigheid op de arbeid goed. Patient

die hoog scoren op deze factor gebruiken vaker drugs, zitten vaker in beperkingen en zijn vaker afwezig op de arbeid. De factor algemene vaardigheden voorspelt de aanwezigheid op arbeid goed.

Tabel 3.

Factor	Drugs gebruik	Beperkingen	Aanwezigheid arbeid
Behandelbaarheid	.76** (.60-.92) <sup>1</sup>		.73** (.55-.91)
Antisociaal gedrag	.94*** (.86-1.00)	.89*** (.80-.99)	.75** (.58-.93)
Algemene vaardigheden			.76** (.58-.95)

<sup>1</sup> 95% betrouwbaarheidsinterval; \*\*p<0.05; \*\*\*p<0.001

Na het analyseren van de resultaten van de pilot is de vragenlijst aangepast en teruggebracht van 52 items naar 29 items. Van de 10 domeinen van de ASP- NV zijn uiteindelijk 3 domeinen overgebleven. De huidige lijst bestaat uit de onderstaande items en domeinen, die onder te verdelen zijn in de volgende drie factoren:

Tabel 4.

1 Behandelbaarheid	2 Antisociaal gedrag	3 Algemene vaardigheden
Probleeminzicht	Impulsiviteit	Evenwichtige dagindeling
Motivatie voor behandeling	Asociaal gedrag	Arbeidsvaardigheden
Erkennen van delict	Vijandigheid	Sociale vaardigheden
Copingvaardigheden	Seksueel grensoverschrijdend gedrag	Zelfverzorgings vaardigheden
Vaardigheden t.v.v.* Fysiek	Manipulerend gedrag	Financiële en administratieve vaardigheden
Agressief Gedrag (3 items)		
Medicatiegebruik	Regels en voorwaarden	Partnerrelatie
Psychotische symptomen	Orientatie op 'slechte' mensen/groepen	
	Vaardigheden t.v.v. middelengebruik (3 items)	
	Daadwerkelijk middelengebruik	
	Vaardigheden t.v.v. Seksueel	
	Grensoverschrijdend Gedrag (3 items)	

\* t.v.v. = ter voorkoming van

## Werkwijze van het PVS

Kenmerkend van het PVS in de van Mesdag is dat het gekoppeld is aan de MDB s en dat alle disciplines dezelfde vragenlijst (IFBE) invullen. Op dit

moment wordt de IFBE naast de oude werkwijze van geschreven bijdragen gebruikt. Vier weken voor het MDB krijgen alle betrokken disciplines de IFBE toegestuurd met de vraag deze binnen twee weken ingevuld terug te sturen naar de afdeling Onderzoek. De afdeling Onderzoek verzorgt de verwerking van de lijsten en maakt het rapport. Dit rapport wordt ruim voor het MDB als bijlage verstuurd. In het rapport staat het huidige functioneren van de patient op de verschillende gebieden, de overeenstemming tussen de beoordelaars, de hypothesen vanuit het vorige MDB en de veranderingen ten opzichte van het vorige MDB (zie voor een voorbeeld bijlage 1).

Het huidige functioneren is de gemiddelde score van alle beoordelaars. De overeenstemming tussen beoordelaars geeft aan hoe goed de beoordelaars het met elkaar eens zijn. Een lage overeenstemming hoeft echter geen probleem te zijn. Het kan zo zijn dat een patient bepaald gedrag bij de ene discipline niet laat zien en bij een andere wel. Een voorbeeld hiervan is een patient die op de unit veel impulsiever gedrag vertoont dan op de arbeid. In de laatste situatie bevindt hij zich in een gestructureerde, begrensde omgeving, waar hij weet wat er van hem verwacht wordt. Op de afdeling ervaart hij meer behandelruk en zijn er veel meer prikkels, wat kan leiden tot meer impulsief gedrag bij de patient. Dit is iets om te bespreken tijdens het MDB. Na het MDB moet de behandelcoördinator aangeven op welke items hij verwacht dat de patient de komende tijd gaat veranderen. Dit natuurlijk op basis van de behandeling die hij/zij de komende periode aan de patient wil geven. Het volgende MDB kunnen deze hypothesen vergeleken worden met de daadwerkelijk waargenomen veranderingen. Een voorbeeld hiervan is: een patient die problemen heeft met gebruik van antipsychotische medicatie wordt een Liberman module omgaan met antipsychotische medicatie' (Liberman, 1996) aangeboden. Men verwacht dan op het volgende MDB een toename van medicatiegebruik en een afname van psychotische symptomen. Dit zijn hypothesen die de behandelaar dan stelt en die kunnen dus op het volgende MDB getoetst worden. Om de mate van verandering vast te stellen is een N=1 statistiek methode ontwikkeld die in een toekomstig nummer van GGZet wetenschappelijk aan bod zal komen.

## Toekomst

Er zijn voor de nabije toekomst nog verdere ontwikkelingen gepland voor de ROM met behulp van de IFBE. In eerste instantie gaat er gewerkt worden aan een digitale versie, waardoor er efficiënter gewerkt kan worden. Daarnaast staat een zelfrapportage versie voor patienten van dezelfde vragenlijst ook op de agenda. Voor de behandelbespreking een erg interessant gegeven om de scores van de patient op de items te vergelijken met de scores van het gehele multidisciplinaire team.

Ook zal er in de toekomst gewerkt worden met een basis IFBE, waaraan dan een zorgprogramma specifieke IFBE gekoppeld kan worden en ook nog een patient specifieke IFBE. Dit in het kader van efficiëntie en klantgerichtheid.

De basis IFBE bestaat uit items die algemeen voorspellend zijn voor de gehele

populatie. De zorgprogramma-IFBE bevat items die specifiek zijn voor een bepaald zorgprogramma. Zoals vragen over psychotische symptomen, medicatietrouw, negatieve symptomen, ervaringen met medicatie voor patienten in het zorgprogramma psychotische kwetsbaarheid. En daarnaast kan het behandelteam vragen opstellen in hetzelfde format als de IFBE vragen, die patient specifiek zijn of van zeer korte duur van belang zijn. Een voorbeeld hiervan zou het eetgedrag aan tafel kunnen zijn. Op zich geen delictgerelateerde factor maar toch kan het een behandelinterventie zijn of een zorgplanpunt. Om te meten of de gegeven behandeling effect heeft op zijn gedrag, zou hier een item voor gemaakt kunnen worden die tijdelijk toegevoegd wordt aan de IFBE. Naast behandeling op maat kan op deze manier ook behandel-effectstudie op maat gebracht worden.

Ook is het voor te stellen dat de toekomstige behandel-evaluatie meer of alleen nog gebaseerd wordt op de IFBE, waarbij er bij de scores voorbeelden geschreven kunnen worden. In plaats van de huidige werkwijze waarbij uitgebreide verslagen geschreven worden en tegelijk de IFBE ingevuld wordt. Dit levert dan een aanzienlijke tijdswinst op.

Daarnaast is het ook nog interessant om gegevens die verkregen worden met behulp van het PHAMOUS onderzoek ([www.phamous.eu](http://www.phamous.eu)) in dezelfde structuur mee te krijgen en op die manier ook meer in te zetten voor de behandel-evaluatie.

## Conclusie

Het Patient Volg Systeem is een routine outcome monitoring werkwijze die een vaste plaats in het behandelproces heeft gekregen. De voordelen hiervan waren al zichtbaar tijdens de pilot. Het bleek bij voorbeeld dat de sociotherapie in hun geschreven bijdrage drie probleemgebieden van de patient niet benoemde terwijl dezelfde sociotherapie met behulp van de IFBE deze wel aanmerkte als probleemgebieden voor deze patient.

Ook kwam het voor dat een deel van het multidisciplinaire team op basis van alleen de geschreven bijdragen vond dat een patient veranderd was ten opzichte van het vorige MDB, terwijl de IFBE liet zien, dat dezelfde mensen het gedrag van de patient nog steeds hetzelfde scoorden als een half jaar eerder. Een ander voordeel van het Patient Volg Systeem dat genoemd werd was de directe terugkoppeling naar het behandelteam. De lijsten worden niet ingevuld voor de afdeling onderzoek of voor het management, maar worden direct gebruikt voor de behandel-evaluatie. Er is een duidelijke connectie tussen de inspanning en wat het oplevert: een duidelijk gestructureerd beeld van de patient. De opmerking van een van de beoordelaars is hier een mooi voorbeeld van: "Iedereen spreekt eindelijk dezelfde taal".

De behandelvoortgang (of gebrek aan) wordt zichtbaar gemaakt en behandelcoördinatoren krijgen directe feedback op hun keuzes voor de behandeling.

Na de pilot is de IFBE enigszins aangepast. De lijst is efficiënter gemaakt, maar uit de pilot bleek al wel dat de IFBE over het algemeen valide en betrouwbaar is. Op dit moment worden er van alle patienten (N=211) gegevens verzameld, zodra er voldoende data zijn zal er opnieuw een analyse van de validiteit en

betrouwbaarheid plaatsvinden.

De verkregen individuele data kunnen gecombineerd worden om op groeps- niveau uitspraken over de effectiviteit van de zorgprogramma's en onderdelen van de behandeling te kunnen doen. Waarmee ook verantwoording naar externe partijen afgelegd kan worden. Ook kan er met de gecombineerde gegevens effectonderzoek gedaan worden naar losse behandelmodules alsmede naar gehele zorgprogramma's.

Kortom, de gekozen methode in het FPC dr. S. van Mesdag voldoet aan de ROM functies geformuleerd door GGZ Nederland: Behandelen en begeleiden, Leren, Verantwoorden, Onderzoeken. (Stuurgroep ROM in ggz, 2010).

## Literatuur

- Baets, S.S.E de (2008). *De bruikbaarheid van de klinische risicofactoren van de HKT-30 voorforensische behandelevaaluatie*. Masterthese: Rijksuniversiteit Groningen.
- Biihring, N.D.A. (2009). *Gestructureerde behandelevaaluatie in de forensische psychiatrie. Onderzoek naar de psychometrische kwaliteit van het Instrument voor Forensische Behandel Evaluatie (tweede meting)*. Masterthese: Rijksuniversiteit Groningen.
- Dorp, F.M. van (2008). *Gestructureerde behandelevaaluatie in de forensische psychiatrie. Een pilot onderzoek naar de psychometrische kwaliteit van het Instrument voor Forensische Behandel Evaluatie*. Masterthese: Rijksuniversiteit Groningen.
- FPC dr. S. van Mesdag (2009). Mesdag Missie. Verkregen op 18 mei, 2010 van [http://www.vanmesdag.nl/uploads/Mesdag\\_Missie%202009.pdf](http://www.vanmesdag.nl/uploads/Mesdag_Missie%202009.pdf)
- Hosmer, D.W., Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression (2nd edition)*. New York: Wiley.
- Lieberman, R.P. (1996). *Trainingsmodule omgaan met antipsychotische medicatie. Vaardigheidstraining voor een zelftandiger leven*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Mulder, C.P., Gaag, M. van der, Bruggeman, R., Cahn, W., Delespaul, P.A.E., Dries, P., et al. (2010). Routine outcome monitoring voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen; een consensusdocument. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 52, 169-179.
- Schuringa, E., Bokern H., Pieters R. & Spreen M. (2006). Atascadero Skills Profile Nederlandse Versie (ASP-NV). Een gedragsobservatie instrument voor de forensische psychiatrie. *GGZet Wetenschappelijk*, 7, 12-20.
- Smith, G.R., Manderscheid, R.W., Flynn, L.M., et al (1997). Principles for assessment of patient outcomes in mental health care. *Psychiatric Services*, 48, 1033-1036.

Stuurgroep ROM in ggz (2010). Visie op ROM in de ggz. Verkregen op 18 mei, 2010 van <http://www.ggz nederland.nl/scrivo/asset.php?id=508212> Werkgroep revisie HKT (2010). *Handleiding HKT 2010, experimentele versie*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiele Inrichtingen. Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie (2003). *Handleiding HKT-30 versie 2002*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiele Inrichtingen.



## Bijlage 1

Naam Patient:

Datum MDB:

**Behandelbaarheid**

Patient:

- 1 heeft enig probleeminzicht, handelt er niet altijd naar  
 2 Dit was : heeft geen probleeminzicht, wel probleembesef, maar gsdraagt zich hier niet naar  
 3 werkt actief mee, is soms eigenzinnig of onverschillig  
 4 erkent en neemt g\*otendeels verantwoordelijkheid voor het door hem gpleegde delict  
 5 heeft voldoende adequate copingvaardigheden, bij langdurige problemen  
 6 enigs twijfel over stabiliteit  
 7 heeft voldoende vaardigheden ter voorkoming van fysiek agressief gedrag  
 8 erkent vaak de noodzaak van de medicatie en neemt deze bijna altijd op juiste  
 9 wijze in Dit was : weigert of vergeet soms zijn medicatie, of volg de  
 10 procedures niet  
 11 heeft een of meer psychotische episod en of aanhoudende psychotische symptomen,  
 12 maar deze leiden niet tot agressief of grensoverschrijdend gedrag  
 13 Dit was : heeft een of meer psychotische episod en of aanhoudende  
 14 psychotische symptomen en dit heeft geleid totgrensoverschrijdend gedrag

Score T1	Verandering	Hypothese	Overeenstemming*	Beoordelaars (0-4)	T2	T2	T2
1	Probleeminzicht	1,75	3,00	-	■	hoog	4
2	Meewerken aan de behandeling	2,75	2,75			hoog	4
3	Erkennen van delict	2,50	2,75	-	-	hoog	4
4	Copingvaardigheden	2,50	2,75	-	-	hoog	4
5	Vaardigheden tw Fysiek Agressief Gedrag	2,25	2,75	-	-	hoog	4
6	Medicatiegebmik	2,00	3,25			hoog	2
7	Psychotische symptomen	3,00	1,00			matig	4

\*:hoog,mE-cig,laag,arg laag

