

Routine Outcome and Quality Assessment

Zorgpad - ROM - Onderzoek

Dr. Sjoerd Sytema
Programmaleider RoQua

Drs. Erwin Veermans
Hoofd ICT RoQua

RoQua participanten

- Lentis
- GGZ-Friesland
- GGZ-Drenthe
- UCP
- GGZ-Centraal
 - Meerkanten
 - Symfora
- GGZ-Oost Brabant
- Accare

Doelstelling RoQua project

- Innovatief en effectief ROM systeem
 - Koppeling met EPD
 - Koppeling met patienten portal
- Ondersteuning ROM implementatie
 - HoNOS training
 - werkgroepen
- Onderzoek

Stelling

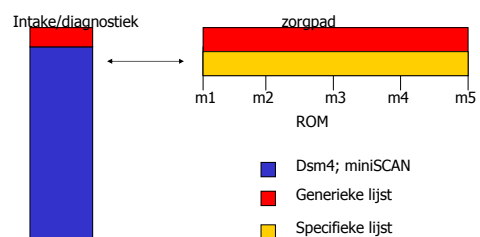
- ROM is de manier om klinische praktijk en wetenschappelijk onderzoek met elkaar te verbinden
- Voorwaarde (1) is dat de klinische praktijk goed onderbouwd en gestructureerd is
- Voorwaarde (2) is dat ROM daarin geïntegreerd is

Evaluatie momenten

- Iedere meting moet zowel voor de behandelaar maar ook voor de client een duidelijk doel dienen
 - Evaluatiegesprek
- Planning van evaluatiemomenten
 - ROM uitkomsten worden besproken

RoQua

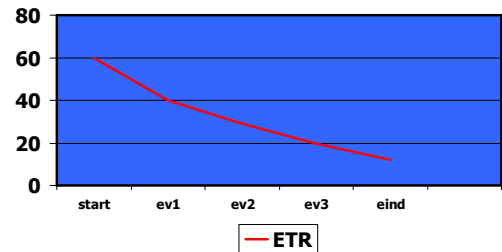
Diagnostiek-ROM-Zorgpad



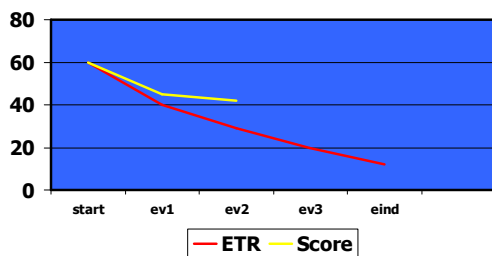
Feedback uit ROM

- Feedback moet ook daadwerkelijk ondersteunend zijn
- Een vergelijkingsmaatstaf
 - Niet alleen een norm
 - Een te verwachten beloopspatroom

Expected treatment response



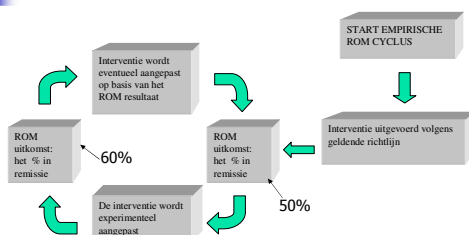
Expected treatment reponse



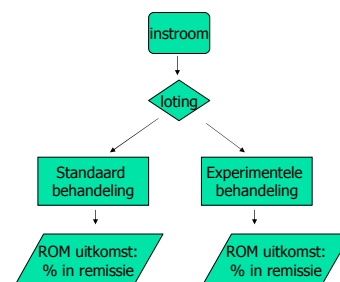
Zorgpad-ROM-onderzoek

- Expected treatment-response
- Het effect van feedback op het behandelresultaat
- Effectiviteit van interventies

Evidence based handelen



ROM en RCT



Zorgprogramma stemming

Sybolt Okke de Vries, psychiater
Directeur Zorgprogramma Angst en Stemming



GGZ Friesland

- Grootste aanbieder in Friesland
- Sinds 1848/1997
- 600.000 inwoners
- 34.000 patienten/jr
- Preventie tm wonen
- Patientenzorg, opleiding en onderzoek
- Bijv: www.sterkonderzoek.nl



Vertrekpunt

- Stemming: 1800 nieuwe aanmeldingen/jaar
- Angst: 900 nieuwe aanmeldingen/jaar

*Hoe organiseer je goede (=richtlijn) zorg voor zoveel patienten bij een toenemende schaarste aan hoogopgeleide professionals?

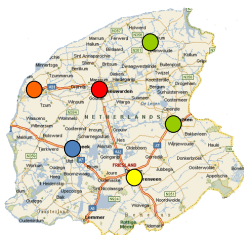
Zo kon het niet

- Aanbod divers en verschillend per regio
- Onderlinge samenhang beperkt
- Teveel begeleiding
- Te weinig behandeling
- Te weinig systematiek in de opbouw
- Onoverzichtelijk voor patiënt, familie, verwijzer, behandelaar en verzekeraar
- Iedereen doet alles en van alles tegelijk



Oude situatie: tm 2008

Standaardisatie gehinderd door regiostructuur



Leeuwarden
Sneek
Drachten+ Dokkum
Heerenveen
Franeker



Vanaf 2009 Matrixstructuur

- Leeuwarden*
- Dokkum*
- Drachten*
- Heerenveen*
- Sneek*
- Franeker
- **Angst en Stemming**
- Specifieke ZP's
- Ouderen
- Psychose en Rehabilitatie
- Spoedeisende zorg
- Forensische psychiatrie
- Kinnik (kinder- en jeugd)



Zorgprogrammering

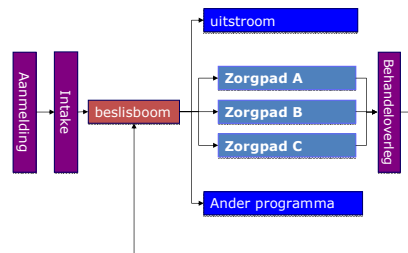
Uitgangspunten GGZ Friesland

- Specialistische teams op hoofdlocaties
- Tempo houden door tijdig evalueren
- Simpel als het simpel kan, maar intensief bij langdurende en/of ernstige klachten
- **Zorgpaden**
- **Routine outcome measurement**

Angst en stemming: start begin 2010



Patientroute



Intake: je hoeft niet alles te weten

- Doel intake: keuze eerste zorgpad
- 1 intake+ 1 adviesgesprek: 99%
- Diagnostisch pad (in het ZP): 1%
- Geen MD intakebespreking, maar beslisboom en z.n. consultatie specialist
- Focus op hoofddiagnose

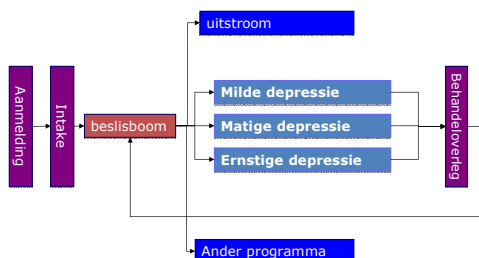


Vorm vh zorgpad, keuzes GGzFr

- **Inhoud** vs. aard vs stoornis? + **beslisboom**
 - Zorgpad CGT vs zorgpad milde depressie
- Lengte: **maximaal 6 maand**
- Variatie mogelijkheden per pad
 - Alles ligt vast vs. **keuze opties vooraf**
- Variatiemogelijkheden gedurende het pad: **nee**
- Multidisciplinaire evaluatie binnen het pad: **nee**
- Meerdere zorgpaden tegelijkertijd: **nee**



Zorgpad: ordening op ernst?



Richtlijn depressie

- Niet alleen ernst bepaalt de interventie
- Duur vd episode
- Eerdere interventies
- Eerdere episodes
- Ernst als enige ordenende variabele werkt niet
- Door combineren van variabelen explodeert aantal zorgpaden



Zorgpad enkelvoudige depressie behandeling		
Variant A	Variant B	Variant C
Module A	Module B	Module C
Facultatief: Module X	Facultatief: Module X	Facultatief: Module X

Zorgpad complexe depressie behandeling		
Variant E	Variant F	Variant G
Module A Module C	Module B Module D	Module G Module H
Facultatief: P, Q, R	Facultatief: P, Q, R, S	Facultatief: P, Q, X

Zorgpaden stemming (1)

- **Lichte depressie <3 maand:** ondersteunend en activeren, kleur-je-leven, in-de-put-uit-de-put, running
- **Lichte depressie 3-6 maand:** problem solving therapy
- **Diagnostiek:** 1-2 gesprekken, psychiater of klinisch psycholoog. Complexe problematiek, incomplete diagnostiek, second opinion
- **Enkelvoudige depressie behandeling:** monotherapiepad (6 varianten)
- **Complexe depressie behandeling:** multimodulaire behandeling bij ernstige, langdurige of sterk recidiverende unipolaire stoornis (5 varianten)
- **Seizoensgebonden depressie behandeling:** Lichttherapieprogramma

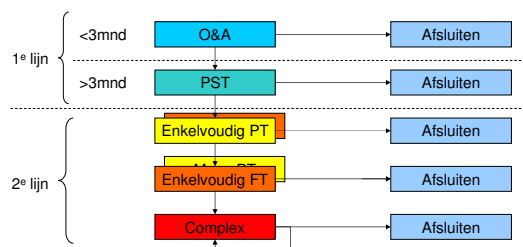
Zorgpaden stemming (2)

- **Bipolair stabilisatie:** intensief aanbod voor nieuwe bipolaire patiënt of onregelde patiënt
- **Bipolair follow-up:** laag-frequent aanbod voor stabiele bipolaire patiënt
- **Periodieke medicatie controle:** conform bipolair follow-up bij unipolair & MAO remmer of lithium
- **Recidiepreventie:** recidiefprogramma voor patiënten met een hoge kans op terugval, MBCGT/CGT
- **Chronische depressie:** cursus 'Roer in handen', onderzoeksinterventie i.s.m. Trimbos of cognitieve zelftherapie.
- **Dagbehandeling:** ontwikkeling zorgpaden in 2011.

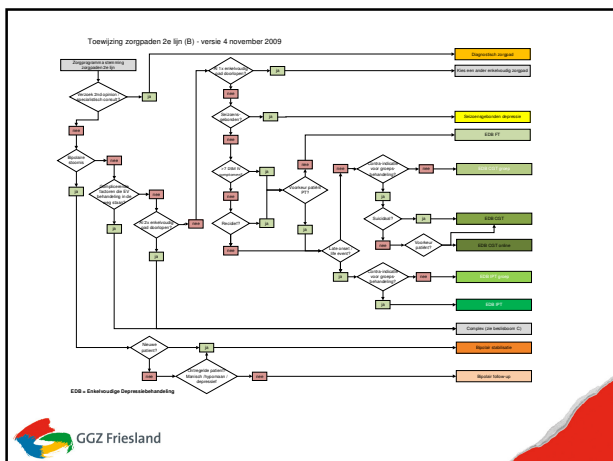
Voorbeeld

Zorgpad	Enkelvoudige depressie behandeling CGT
Indicatie	depressie na falen PST, of duur >6 mnd, of ernstig CGT
Standaard modules	CGT
Facultatieve modules	Running, medisch consult
Interval contacten	8x 1x/week, 8x 1x/2weken
Discipline	SPV-GM / Gz psycholoog (PMT, arts)
Meetinstrument	Inventory of depr. symptomatology (IDS-SR)
Doelstelling	Remissie, IDS<14
Frequentie meting	1x/4 weken
Max duur	16 sessies CGT, evt 8x herhalen
BP evaluatie	Een na laatste sessie

Beslisboom: lichte depressie, 1^e episode



Multidisc Richtlijn Depressie, 1^e revisie

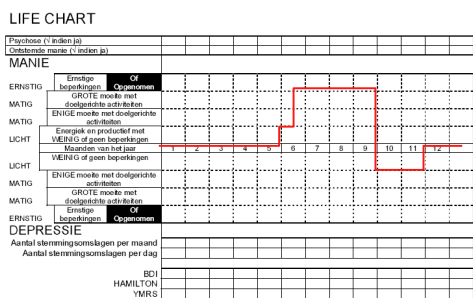


ROM: IDS online 1x/4wk

- Pilot invoering IDS online per 1/6/11
- Nieuwe inlogcode voor iedere meting
- Koppeling EPD: eenrichtingsverkeer
- Beperkt aantal behandelaars in pilot
- Full scale eind 2011



2012 life chart online (KenBis)?



Toekomst ROM GGz Friesland

PHR: toegankelijk voor patient

- Eén inlogcode voor personal health record
- Intake, BP, ROM, lifechart, noodplan, etc
- Automatische reminders per sms/e-mail

Bestuur en onderzoek

- Monitoring gebruik, bruikbaarheid en effectiviteit van het zorgprogramma
- kans op remissie vs. regio/zorgpad/type hulpverlener etc

Implementatie ROM in behandelprogramma Angststoornissen - Fennie Zwanepol, GGZ Centraal



Implementatie ROM in behandelprogramma Angststoornissen

Fennie Zwanepol
Klinisch psycholoog
Hoofd Stemming en Angstprogramma en
afdeling psychodiagnostiek

27 mei 2011

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie



GGZ Centraal in vogelvlucht

- ☐ Fusie tussen Symfona groep en Meerkanten per 1-1-2011
- ☐ 5 RVZE's (Flevoland, Gooi&Vecht, Oostelijk Utrecht, Veluwe&Veluwe vallei en K&J)
- ☐ RVZE Flevoland drie locaties: *de Meregaard in Almere*, Meerzicht in Lelystad en Verslavingskliniek Almere
- ☐ Zorggebied: gehele flevopolder en deel noord-oost polder

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie



Stemming en Angstprogramma

- ☐ Rond 750 ptn actief in SAP de Meregaard
- ☐ Stepped Care denken
- ☐ Modules binnen SAP
- ☐ Klinisch directief-supportief milieu
- ☐ 3 daagse CGT Depressie
- ☐ 2 daagse CGT Angst
- ☐ 3 daagse Gedragsactivatie
- ☐ 4 daagse Gedragsactivatie

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie



Stepped Care Denken

- ☐ Zo weinig als kan, zoveel als moet, van lichte interventie naar zware interventie
- ☐ Stepped Care Angst (SCA)
- ☐ Stepped Care Depressie (SCD)
- ☐ aparte intakeprocedure: intaker=behandelaar
- ☐ Schriftelijke beoordeling intake
- ☐ Vooraf vastgestelde interventies en duur van de interventies

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie



Angststoornissen

- ☐ Interventies:
 - Groep Angst de Baas (cursus 12 weken)
 - Groep Cognitieve therapie (max 12 weken)
 - Groep exposure
 - Ind. CGT
 - Ind. exposure thuis door GTM
 - 2 daagse CGT Angst (max 18 weken)
 - Farmacotherapie

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie



Geschiedenis ROM in de Meregaard

- ☐ De Meregaard pilot ROM 2003
- ☐ 40 ptn in programma stemming en angst
- ☐ Organisatie en uitvoering door afdeling psychodiagnostiek
- ☐ Evaluatie pilot en aanpassing ROM
- ☐ 2004-2006 implementatie programma SAP
- ☐ 2006-2009 ROM in alle programma's
- ☐ Eind 2009 start ROM systeem ROQUA
- ☐ Koppeling EZIS en ROQUA

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie

ROM groot of klein



- ☐ Keuze Meregaard diverse gebieden te meten:
 - Klachten, soc./maatsch.functioneren en kwaliteit van leven worden op gezette tijden gemeten (1x per 3 maanden)
 - Coping, persoonlijkheid en sociale interactie alleen bij 1^e meetmoment
- ☐ Resultaten gebruiken bij opstellen behandelplan en evalueren doelen

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie

ROM bij Angststoornissen



- ☐ Keuze vragenlijsten:
 - Bij alle ptn: OQ-45, MANSA, SCL-90, SIG, CISS, SIPP
- ☐ Specifieke lijsten angststoornissen:
 - PDSS-R (paniek), MEGAH (hypochondrie), ZIL (PTSS), Y-BOCS (dwang), PADUA (dwang)
 - Sociale angststoornis en GAS nog geen besluit

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie

Implementatie do's:



- ☐ Begin klein, wordt daarna groot
- ☐ Presenteer regelmatig resultaten in teams en sta open voor feedback
- ☐ Betrek behandelaar in het proces
- ☐ Behandelaar en patiënt moeten waarde ervan zien (bruikbaar in behandeling)
- ☐ Maak het van jullie samen
- ☐ Integreer de ROM-afdeling met het behandelproces

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie

Implementatie don'ts :

- ☐ Behandelaar rol in realiseren metingen
- ☐ ROM los van de programma's
- ☐ Vragenlijsten mee naar huis geven
- ☐ Vragenlijsten naar ptn opsturen
- ☐ Meting los van afspraak plannen
- ☐ Enkelvoudige boodschap geven: "doen we alleen voor zorgverzekeraar"

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie

Schaalgrootte



- ☐ Door verplicht te meten is toename aantal metingen enorm
- ☐ Noodzaak tot efficiënte werkwijze, goede logistiek, verantwoordelijke afdeling en beperking in tijdsinvestering per meting
- ☐ Laatste maanden zeer actueel, geleid tot aanpassingen

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie

Huidige werkwijze Meregaard



- ☐ SCA en SCD 1^e meting bij intake
- ☐ Overige ptn 1^e meting na adviesgesprek, aanmelding door intaker bij psychodiagnostiek
- ☐ Meting in EZIS met link naar ROQUA
- ☐ Elke 3 maanden vervolgmeting gekoppeld aan afspraak behandelaar
- ☐ Verzoek zich na gesprek bij afd PD te melden
- ☐ Pt vult meting deels op PC deels op papier in

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie

Huidige werkwijze Meregwaard



- Realiseren vervolgmetingen:
 - Per maand overzicht uit EZIS van ptn die 3 maanden geleden een meting hebben gehad
 - Bij deze ptn bij ev afspraak memo in EZIS bij afspraak behandelaar
 - Pt meldt zich bij receptie, memo is zichtbaar, medewerker meldt meting bij pt

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie

Meetmomenten



- 1^e meting bij intake of na adviesgesprek
- Vervolgmeting elke 3 maanden
- Binnen 3 maanden na opening initiële of vervolg DBC of sluiten DBC dient er meting te zijn
- Meten elke 3 maanden past hierin
- Toekomst: 2 maanden?

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie

Efficiënte rapportage



- Van tekst naar grafiek
- Aantal lijsten via link in ROQUA
- Andere lijsten met eigen excell grafiek
- Uitleg schalen, scores en normen
- Rapportage metingen in EZIS

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie

Tekst in rapport EZIS



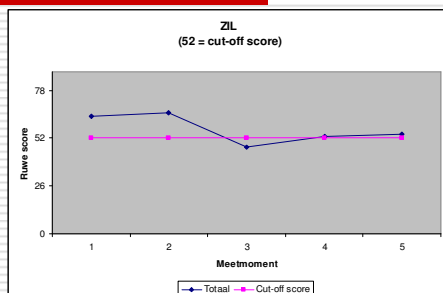
Voor de resultaten van de OQ-45, MANSA en Q-IDS vragenlijsten verwijzen wij naar het ROQUA tabblad binnen Ezis. De scores zijn af te lezen door aan te klikken:

- **Modules -> Webintegratie -> weblink -> Roqua**

Vervolgens wordt eenmalig om persoonsgegevens gevraagd. Na invullen wordt dit scherm bij volgende bezoeken aan Roqua niet meer getoond. Vervolgens klikken op : **Overzicht / Uitkomsten**.
Zowel de schaalscores als de grafieken zijn in te zien.

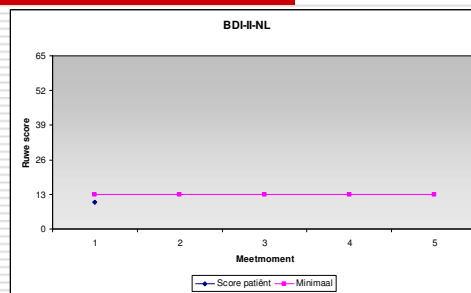
Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie

ZIL (PTSS lijst)



Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie

BDI-II-NL (depressielijst)



Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie



Publicatie

- MGv, Zwanepol/de Groot, febr 2008
- Artikel over implementatieproces

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie



Vragen?

f.zwanepol@ggzcentraal.nl

Implementatie ROM in
behandelprogramma
Angststoornissen - Fennie

mini-SCAN en ROM

F.J.Nienhuis

Universitair Centrum voor Psychiatrie
Universitair Medisch Centrum Groningen

Stelling

Diagnostiek is het fundament
van de behandeling

Psychiatrische diagnostiek is in het
algemeen betrouwbaar

Overzicht

- De rol van diagnostiek in de psychiatrie
- Hoe gaat het normaal?
- Wat voegt gestructureerde diagnostiek toe?
- Hoe werkt de mini-SCAN?
- Hoe zet je het instrument in?
- Wat levert het op ?
- Rol in ROM?
- Praktijkvoorbeeld

Rol diagnostiek in psychiatrie

- Goed inzicht in symptomen, omstandigheden, persoonlijkheid, oorzaken, onderhoudende factoren zorgen voor optimale behandelkeuze
- Fundament van behandeling
- As I diagnostiek meestal reden voor aanmelding
- Niet altijd uitgevoerd door psychiater/-loog
- Niet altijd voldoende tijd
- Daardoor kans op suboptimale behandeling
- DBC diagnose financiering

Hoe gaat het normaal?

- Diagnostiek As I relatief onbetrouwbaar
 - Persoonlijke interesses/kennis
 - Ervaring
 - Achtergrond
 - Presentatie patiënt/kwaliteit contact
 - Verwijsreden bias
 - Patiënt weet niet wat onderzoeker wil horen
 - Vaak geen screening
 - Hypothesestellende-deductieve methode

Wat voegt gestructureerde diagnostiek toe?

- Standaardisering van vragen
- Definities van symptomen
- Screening onderdeel van proces
- Volledigheid (bv minder bipolaire st en psychoses missen)
- Goede vragen die voor pt helder zijn
- Algoritme dat onderzoeker door diagnostische proces leidt
- Algoritme past criteria DSM toe
- Efficiente werkwijze
- Transparantie diagnose: verslaglegging

Wat is de mini-SCAN

- Direct afgeleid van WHO SCAN
- Praktisch toepasbaar gemaakt
- Ontworpen voor klinische praktijk
- Afbreekpunt flexibel
- Screening bepaalt afname secties
- Voorkennis mag gebruikt worden
- Consequent symptoomconcept
 - Ernst
 - Persistentie
 - Hinder
- Definitie van elk symptoom in beeld
- Prompts zorgen voor stap van differentiaal diagnose naar diagnose
- Bedoeld voor gebruikers met kennis van psychopathologie

Hoe zet je de mS in?

- Door getraind personeel (psycholoog/SPV)
- In de intake fase, niet eerste gesprek
- Op indicatie, routinematig of met vraagstelling
- I.h.a. voor verbetering As I diagnostiek
- In ROM procedure:
 - Ondersteuning toewijzing zorgpaden
 - Koppeling aan vragenlijsten: bv angst, depressie

Wat levert toepassing mS op?

- Verhoging betrouwbaarheid diagnostiek
- Kwaliteitskenmerk instelling: bv visitatie
- Bij ROM zorgpaden: meer zekerheid over correcte toewijzing
- Verbetering kwaliteit vaardigheden klinici
- Verzekeraars: transparantie DBC?
- Toevoeging ROM procedure

The screenshot shows the 'Patientgegevens' (Patient Information) form in the mini-SCAN web application. The form is titled 'Om een nieuwe vragenlijst aan te maken dient u eerst onderstaande vragen te beantwoorden.' (To create a new questionnaire, you must first answer the following questions). The form includes fields for 'Voorletters' (F.J.), 'Tussenvoegsel' (Nienhuis), 'Achternaam' (Nienhuis), 'Geboortedatum (dd/mm/jjjj)' (14/05/1985), 'Geslacht' (Male), 'GGZ-nummer' (123456), and 'Interviewperiode van' (January 2000 to May 2000). There are also checkboxes for 'Interviewbronnen' (Interview sources) and 'Interviewbronnen' (Interview sources).

The screenshot shows the 'SCREENINGVRAAG' (Screening Question) form in the mini-SCAN web application. The form is titled 'SCREENINGVRAAG' and includes a section for 'depressie' (depression). The question is 'Bent u de afgelopen tijd neerslachtig, somber of depressief geweest? Of is uw interesse voor of plezier in veel alledaagse zaken de laatste tijd duidelijk afgenomen?' (Have you been down, somber or depressed in the past time? Or has your interest in or pleasure in many everyday things clearly decreased in the past time?). The form includes a 'ja' (yes) button and a 'nee' (no) button. Below the question, there is a note: 'Onderzoek de patiënt over dit onderdeel. Het antwoord op dit onderdeel bepaalt welke secties van de mini-SCAN u minimaal moet invullen om tot een diagnostische classificatie te komen. Klik ja of nee om dit onderdeel te beantwoorden.' (Research the patient about this part. The answer to this part determines which sections of the mini-SCAN you must fill in at least to reach a diagnostic classification. Click yes or no to answer this part.)

mini-SCAN en ROM - Fokko Nienhuis, UMCG, RGOc

View Favorites Tools Help

BOSweb login Wagenformulier (V... x)

Page Tool

72 vach

Vraag

Scoring

7.1: Depressieve stemming

Bent u depressief geweest of heeft u zich te meer geslagen (somer) gevoeld?

ja nee ?

Toelichting

Depressieve stemming
Een aanhoudende en steigende te meer geslagen stemming, omschreven als somberheid, neerslachtigheid, zwarmoedigheid, malancholie.

Affruk

File View Favorites Tools Help

8052-web login | vragenformulier (...)

SCAN

Sectie 7: Depressieve symptomen

7.1: Depressieve stemming ☐ ja ☐ nee ☐ ?

7.2: Minder plezier hebben ☒ ja ☐ nee ☐ ?

7.3: Minder belangstelling hebben ☐ ja ☐ nee ☐ ?

7.4: Minder energie hebben ☐ ja ☐ nee ☐ ?

7.5: Huiltig, in tranen ☐ ja ☐ nee ☐ ?

7.6: Verlies van hoop ☐ ja ☐ nee ☐ ?

7.7: Preoccupatie met dood of ramp ☐ ja ☐ nee ☐ ?

7.8: Tedium Vitae ☐ ja ☐ nee ☐ ?

7.9: Suïcidale gedachten of handelingen ☐ ja ☐ nee ☐ ?

7.10: Verlies van zelfvertrouwen in contact met anderen ☐ ja ☐ nee ☐ ?

7.11: Verlies van zelfrespect ☐ ja ☐ nee ☐ ?

7.12: Sociale terugtrekking ☐ ja ☐ nee ☐ ?

7.13: Pathologische schuld ☐ ja ☐ nee ☐ ?

7.14: Vermoeibaarheid en uitputting ☐ ja ☐ nee ☐ ?

7.15: Gevoelens van insufficiëntie ☐ ja ☐ nee ☐ ?

7.16: Subjectief inefficiënt denken ☐ ja ☐ nee ☐ ?

7.17: Verlies van concentratie ☐ ja ☐ nee ☐ ?

File View Favorites Tools Help

IEOG-web login | Inloggen/formulier (V...)

Page | Page | Tools | Tools

CAN

P2-uittek

Prompts: differentiaal diagnostische vragen (voorwaardelijk) Klinische beoordeling

P.9: Manische episode in het verleden ☒ ja ☐ nee

Is er in het verleden een manische episode voorgekomen?

Manische episode

Vul ja in als er sprake is van:

- * Duidelijk verhoogde of prikkelbare stemming
- * Gedurende minimaal 1 dag(en)
- * En met minstens drie bijkomende manische symptomen:

- toegenomen gevoel van opgewaarde/grootheidsideeën
- excessieve lachende wae slagen
- meer spraakzaam/wang tot praten
- veelvuldigzucht door het hoofd ronzende gedachten
- verhoogde alertheid/bardheid, dingen niet afmaken
- toegenomen (diagnostische activiteit of psychomotorische agitatie
- toegenomen seksuele prikkeling/zucht met verhoogde kans op pijnlijke gevolgen (bijv. kopersiekte)
- duidelijke negatieve gevolgen voor functies van de opname in ziekenhuis

Hulp tekst

Affsluiten

Overzichtscreen (...

Status	Omschrijving
af	Interviewgegevens
af	Screening
af	Aanlokkende selectie
...	1 Somatoforme symptomen
...	2 Dissociatieve symptomen
af	3 Eetstoornissen
...	4 Spanningsklachten
...	5 Angstsymptomen
...	6 Energiestoornissen
...	7 Depressieve symptomen
...	8 Manische symptomen
...	9 Waarnemingsstoornissen anders dan hallucinaties
...	10 Hallucinaties
...	11 Denistoornissen
...	12 Overname van de wil
...	13 Wafelen
...	14 Misbruik van middelen
...	15 Cognitief functioneren
af	16 observatie van gedrag, spraak en affect.
Nieuw af	17 Cognitief functioneren
...	18 Promotie, aanbevelingen, raad
...	19 ICDH
...	19 X-codes

Status sectie

Afsluiten
Terug

[illegible]

Edit View Favorites Tools Help
 SOS-web login

Resultaten (Viem... x)

Scores per afgenomen sectie

Sectie prompts: Voorwaardelijke vragen

p.9: Manische episode in het verleden	nee
p.10: Depressieve episode in verleden	nee
p.11: Gemengde episode in verleden	nee
p.12: Hypomane episode in verleden	nee

Sectie 4: Spanningsklachten

4.1: Tobben	nee
4.2: Gevoel van nerveuze spanning	nee
4.3: Algemene spierspanning	nee
4.4: Plaatstelijke spanningspijn	nee
4.5: Verhoogde schrikreactie	nee
4.6: Duur van de klachten in weken	12

Sectie 7: Depressieve symptomen

7.1: Depressieve stemming	ja
7.2: Minder plezier hebben	nee
7.3: Minder belangstelling hebben	ja
7.4: Minder energie hebben	ja
7.5: Huilerig, in tranen	ja

Print
 Setten

Voorbeeld toepassing in zorg: Meerkanten

Tabel 1: patiënten Johannesburg open (n=43; feb. 2008- mei 2009)

	Miniscan	Controle
Classificatie as usual	ja	ja
Miniscan classificatie	ja	nee
BPRS-gegevens (voormeting)	ja	ja

Outcome-variabelen

- 1) Totaal aantal opname dagen
- 2) BPRS-E totaal-score (verschil opname en ontslag)

Tabel 3: Aantal DSM-IV (as-1) classificaties en totaal aantal opnamedagen (n=43)

	Miniscan	Controle	p.
Gem. aantal classificaties *	2.0 (.87)	1.45 (0.6)	.024
Opnamedagen *	102.6 (66)	92 (53.5)	ns

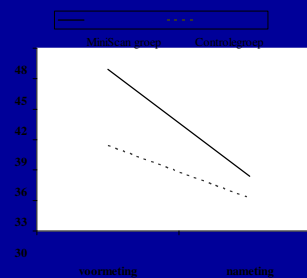
* T-toets (independent samples)

Tabel 4: BPRS-scores voormeting, nameting en verschil (n=43)

	Miniscan	Controle	p.
BPRS voormeting*	45.09 (7.19)	38.40 (6.17)	.024
BPRS nameting *	35.41 (6.82)	33.25 (6.59)	ns.
BPRS-verschil *	8.71 (6.1)	4.38 (6.9)	.067

* T-toets (independent samples)

BPRS-totaalscores voor Miniscan- en controlegroep op voor- en nameting



p-waarde verschilscore BPRS voor- en nameting p = .067

Conclusie/Discussie

- Miniscan doet bredere navraag en levert meer classificaties op per patient.
- Miniscan bekort opnameduur niet.
- Miniscan lijkt positieve invloed te hebben op symptoom beloop (trend-resultaat).
- Poweranalyse laat zien dat dit grote verschil in BPRS-scores bij N=60 significant zou zijn.

Verklaring van (trend)effect:

- Diagnose sneller duidelijk: eerder en toegespitster behandelen?
- Comorbiditeit beter in beeld?
- Effect is indirect ook weer bewijs voor validiteit Miniscan.
- Andere verklaringen?

Informatie:

F.J.Nienhuis@med.umcg.nl

www.miniscan.nl

referentie:

Nienhuis et al:

Validity of a short clinical interview for psychiatric diagnosis: the mini-SCAN

The British Journal of Psychiatry (Jan 2010)

•Herhaalde metingen bij individuen: het ROM model voor de toekomst? -

Peter de Jonge, UMCG, ICPE

Universitair Medisch Centrum Groningen

Herhaalde metingen bij individuen: het ROM model voor de toekomst?

Expertgroependag RoQua: Is meten ook weten?
Mei 27 2011

Peter de Jonge
Interdisciplinary Center of Psychiatric Epidemiology
UMCG University of Groningen
peter.de.jonge@med.umcg.nl

rijksuniversiteit groningen / school of behavioral and cognitive neuroscience

ICPE

SHARE Graduate School for Health Research

Universitair Medisch Centrum Groningen

Hoe groot is die van u?

Grootte van steekproef $N \rightarrow$ power om een bepaald effect aan te tonen

Grote $N \rightarrow$ power om kleine (irrelevante?) effecten te vinden

Associaties representeren 'gemiddelde' causaliteit

Universitair Medisch Centrum Groningen

Nomothetisch vs. idiographisch

Nomothetisch	Idiographisch
Populatie	Individuen
N groot, T klein	N klein, T groot
Groep gemiddelden	Individuele gemiddelden (over tijd)
Inter-individuele variabiliteit	Intra-individuele variabiliteit

Basale (verborgen) aanname in nomothetisch onderzoek:

MAAR DAT ZIJN WE NIET !

We zijn replica's van elkaar

Universitair Medisch Centrum Groningen

INSEL studie: depressie in eerste lijn

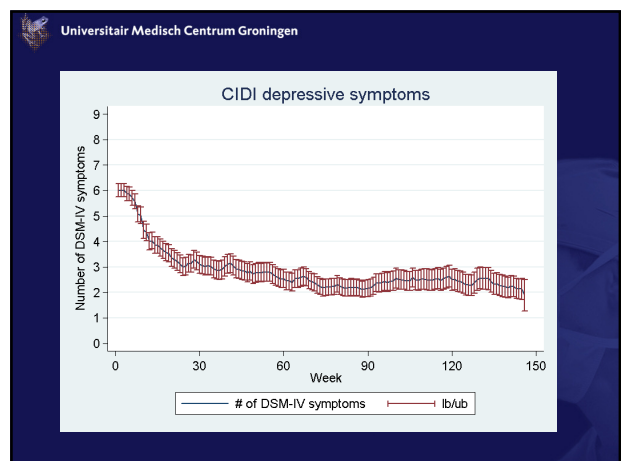
Inclusie: huidige episode van MDD ($N=267$)

12 CIDI metingen van depressie gedurende 3 jaar

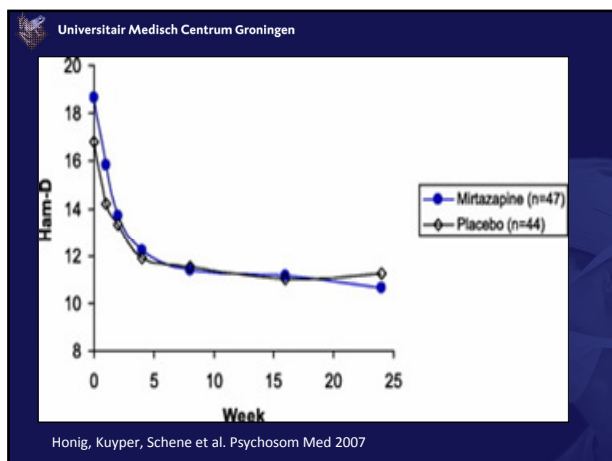
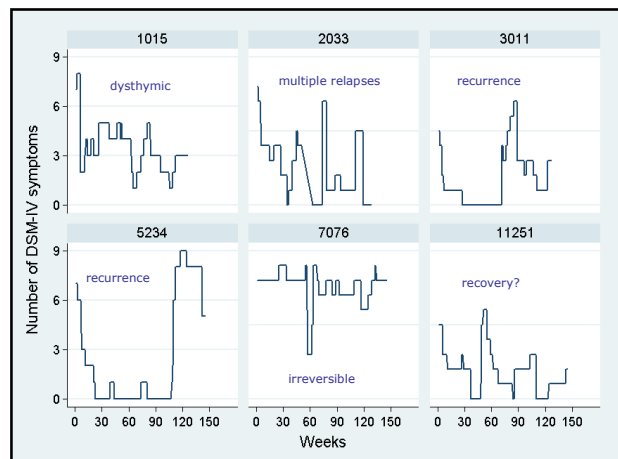
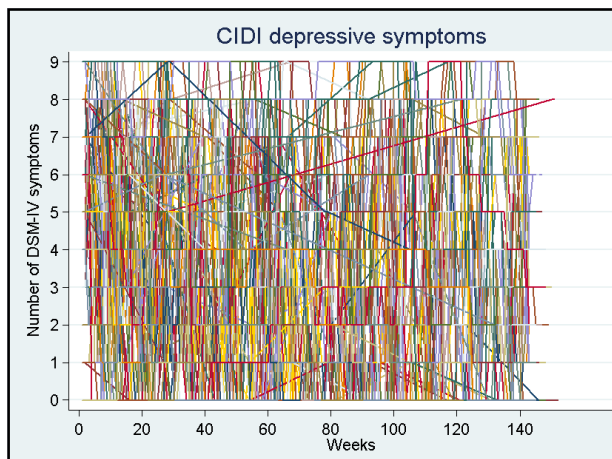
Wekelijkse aanwezigheid van depressie

>200 nieuwe depressieve episoden

Conradi et al, Psychol Med 2007



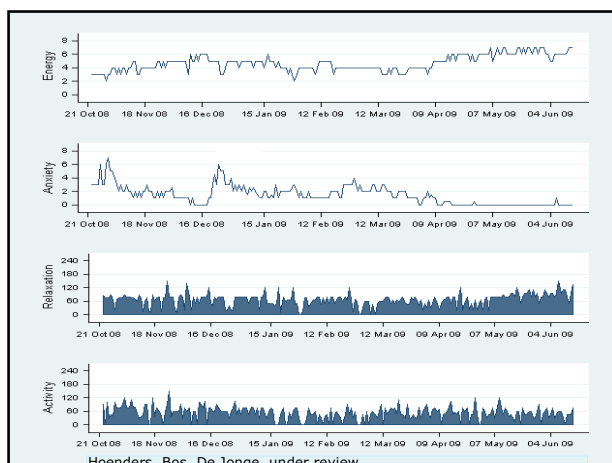
- Herhaalde metingen bij individuen: het ROM model voor de toekomst? - Peter de Jonge, UMCG, ICPE



Universitair Medisch Centrum Groningen

Met andere woorden:

Het kan wel eens zinvol zijn om naar individuen te kijken en niet alleen groepsgemiddelden...



Voorspelling van angstklachten Belangrijkste risico factor !

Voorspellers	
Energie (lag 1)	0
Energie (lag 2)	-0.23*
Angst (lag 1)	0.44*
Angst (lag 2)	0.24*
Ontspanning (lag 1)	-0.06*
Ontspanning (lag 2)	0
Activiteit (lag 1)	0.06*
Activiteit (lag 2)	0
Controle variabelen	
Alprazolam	0.14*
Alprazolam (lag 1)	-0.11*
Kerstmis	0.28*
Verklaarde variantie	0.85

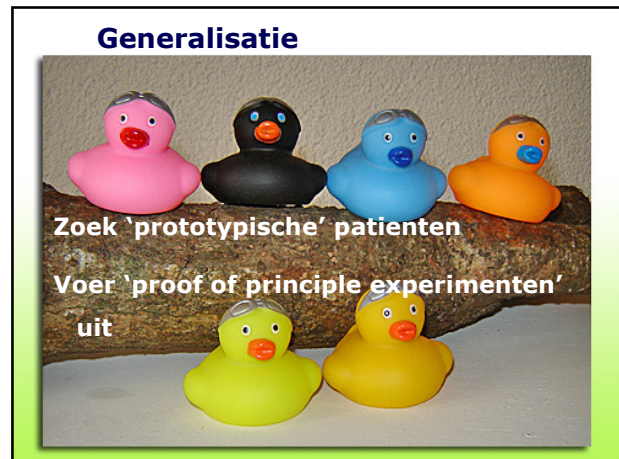
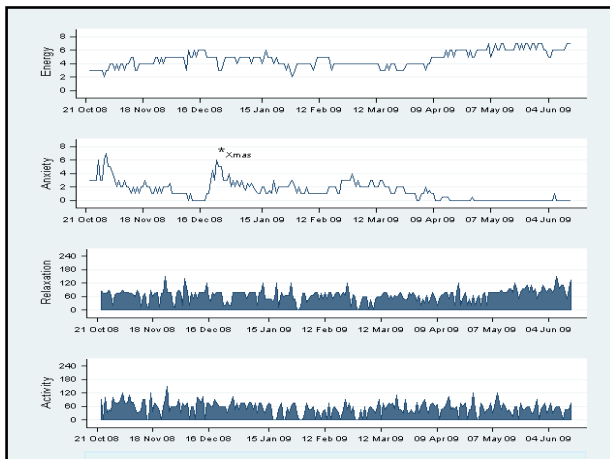
Autocorrelatie (points to Angst lag 1 and 2)

(Contra)productieve interventie (points to Ontspanning lag 1)

Successvolle zelf-administratie (points to Alprazolam)

Vergelijk met nomothetische studies ! (points to Verklarde variantie)

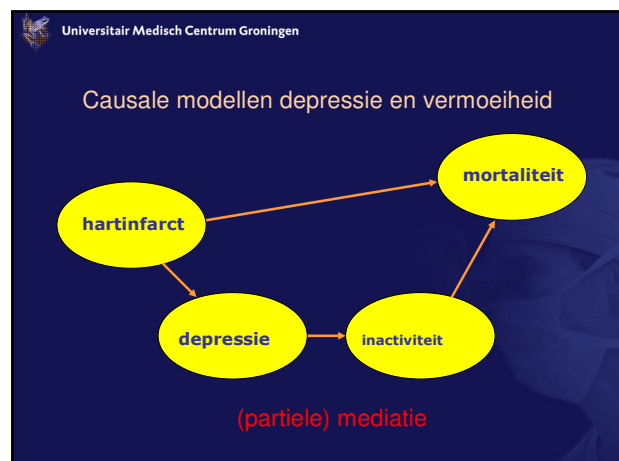
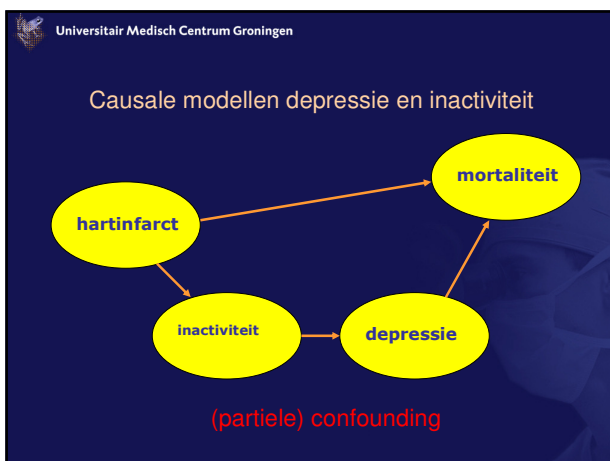
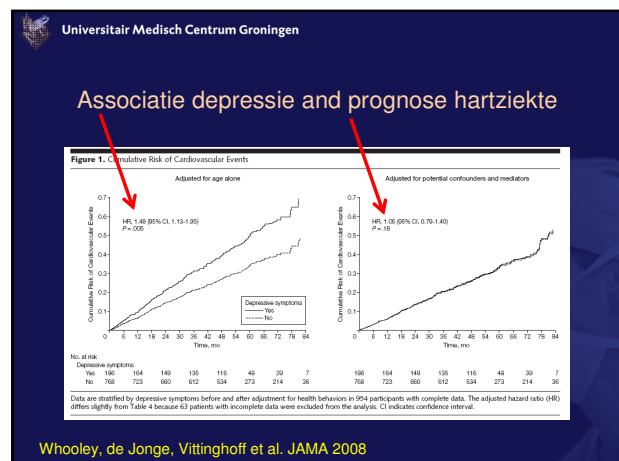
- Herhaalde metingen bij individuen: het ROM model voor de toekomst? - Peter de Jonge, UMCG, ICPE



Universitair Medisch Centrum Groningen

Depressie en inactiviteit na hartinfarct

- Beide worden gezien als (causale) risicofactoren voor een slecht beloop hartziekte (mortaliteit en morbiditeit)
- Echter, overlap in symptomatologie
- Oplossingen:
 - inactiviteit verwijderen als symptoom
 - controleren voor inactiviteit



•Herhaalde metingen bij individuen: het ROM model voor de toekomst? -
Peter de Jonge, UMCG, ICPE

Universitair Medisch Centrum Groningen

Beperkingen epidemiologische benadering

Traditionele epidemiologische studies kunnen dit soort (toch redelijk eenvoudige) modellen al bijna niet meer toetsen

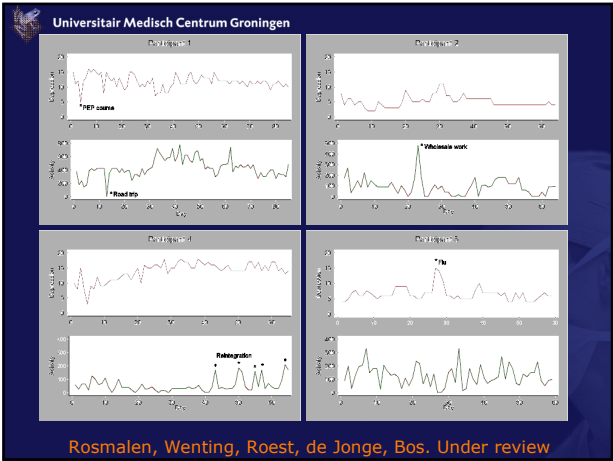
Bovendien zeggen deze modellen niet hoe het in individuen zit, m.a.w. wat je als behandelaar moet doen

Universitair Medisch Centrum Groningen

Extended N=1 studie

- 4 infarctpatienten, man, lft 50-60, BDI 14-24,
- 59-85 dagen achter elkaar gemeten: BDI en minuten fysieke activiteit

REVEALING CAUSAL HETEROGENEITY USING TIME-SERIES ANALYSIS OF AMBULATORY ASSESSMENTS: Rosmalen, Wenting, Roest, de Jonge, Bos. Under review



Universitair Medisch Centrum Groningen

Patient 1

Independent variables	Depression
Depression (lag 1)	0.397***
Depression (lag 2)	0.090
Activity (lag 1)	-0.183*
Activity (lag 2)	0

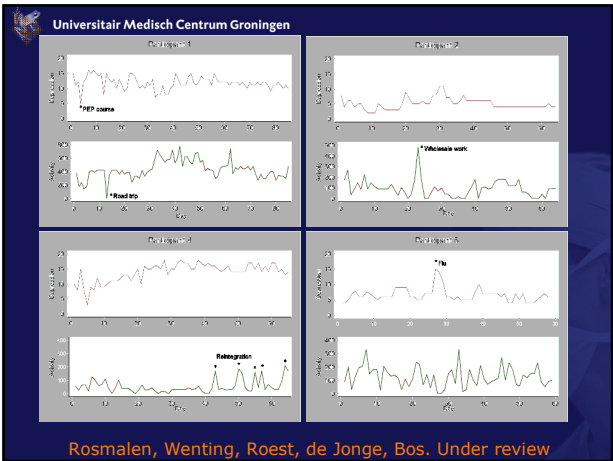
Control variables	
PEP course	-8.114***
Road trip	-5.424***

Explained variance	0.39
--------------------	------

Autocorrelatie

Mooi zo!

Betekenisvol voor deze patient



Universitair Medisch Centrum Groningen

Uitbreiding naar andere patienten?

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4
	Dep -> Act	----	Act -> Dep	Act -> Dep

19

- Herhaalde metingen bij individuen: het ROM model voor de toekomst? - Peter de Jonge, UMCG, ICPE

Universitair Medisch Centrum Groningen

Herkenbaar?

Universitair Medisch Centrum Groningen

Paradigma verschuiving naar idiographisch onderzoek

- Voordelen:
 - echte causaliteit in plaats van gemiddelde causaliteit
 - nieuwe interventies uitproberen zonder dure RCTs
 - wetenschappelijke kennisvergaring versnellen
 - integreren onderzoek en kliniek



Koppeling aan ROM?

Universitair Medisch Centrum Groningen

Herhaalde metingen bij individuen: het ROM model voor de toekomst?

- Onttrafelen van causale heterogeniteit
- Persoonlijke etiologische modellen
- Ambulant/ internet based/ routinematig gemeten
- Omgekeerd denken: mensen zoeken bij wie de etiologie bekend is, en dan behandelen (bv inflammatie). Hoe: met zweetpleisters, cortisol uit haar, knmi gegevens over licht intensiteit....
- Eenvoudig te koppelen aan interventies

Universitair Medisch Centrum Groningen

Dank voor uw aandacht



Universitair Medisch Centrum Groningen

Rosenthal - Effect

Effect van onderzoekers op het gedrag van de albino rat

Twee dozen met ratten: "goed en snel" en "slecht en langzaam" (labyrint)

Vraag: kunt u onze gegevens bevestigen mbt aantal correcte responsies en snelheid?

Universitair Medisch Centrum Groningen

Aantal correct

Day	Bright rats	Dull rats	P
1	1.33	0.73	
2	1.60	1.10	
3	2.60	2.23	
4	2.83	1.83	
5	3.26	1.83	
mean	2.32	1.54	0.01

- Herhaalde metingen bij individuen: het ROM model voor de toekomst? -

Peter de Jonge, UMCG, ICPE



Universitair Medisch Centrum Groningen

Snelheid bij correcte responsen

Day	Bright rats	Dull rats	P
1	3.13	3.99	
2	2.75	4.76	
3	2.05	3.20	
4	2.09	2.18	
5	1.75	3.20	
mean	2.35	3.47	0.02



Universitair Medisch Centrum Groningen

Dus:

Zelfs een geringe suggestie van buitenaf kan er al voor zorgen dat onderzoekers hun gegevens vertekenen

Wat gebeurt er bij ROM als 'de slager zijn eigen vlees moet keuren'?

Wetenschappelijk onderzoek met
ROM data;
een overzicht van resultaten,
mogelijkheden en kanttekeningen.



Frans Zitman



Topics

1. **ROM in Leiden**
2. Benchmarking
3. The Leiden Routine Outcome Monitoring Study
 - a) General remarks
 - b) Implementation research
 - c) Questionnaire development
 - d) Epidemiology
 - e) RCT versus real life
 - f) Predictors of non-response

ROM in Leiden



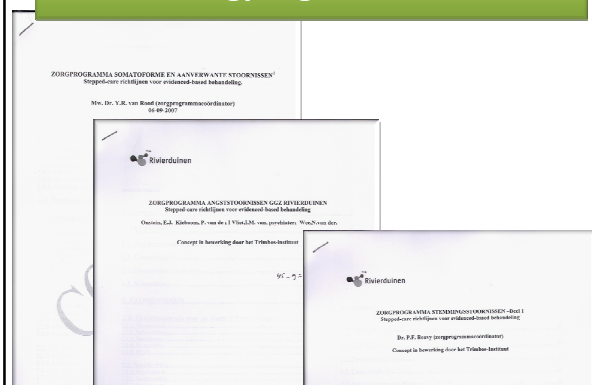
ROM in Leiden

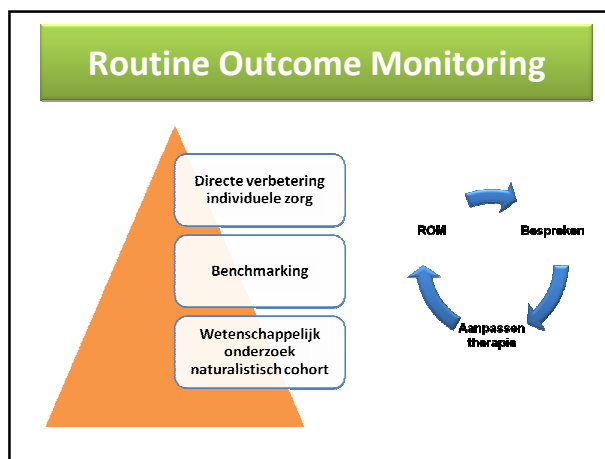
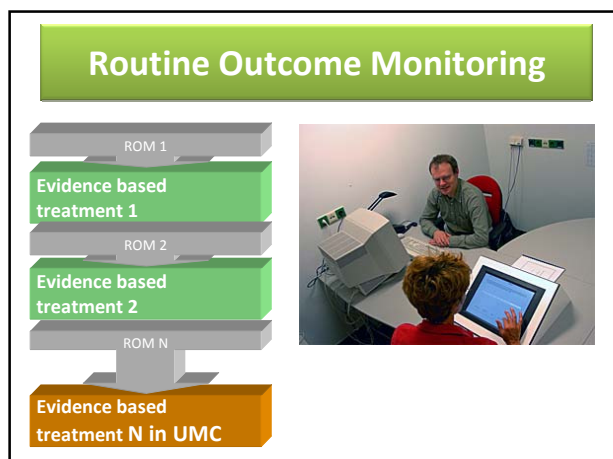
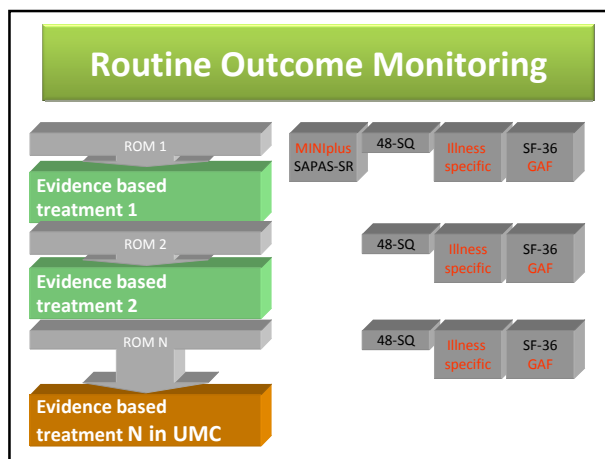
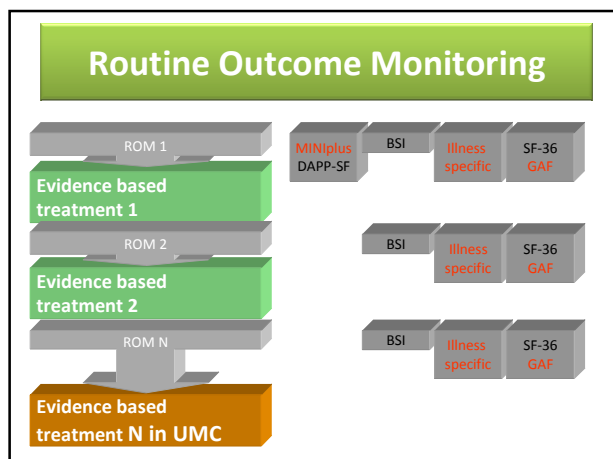
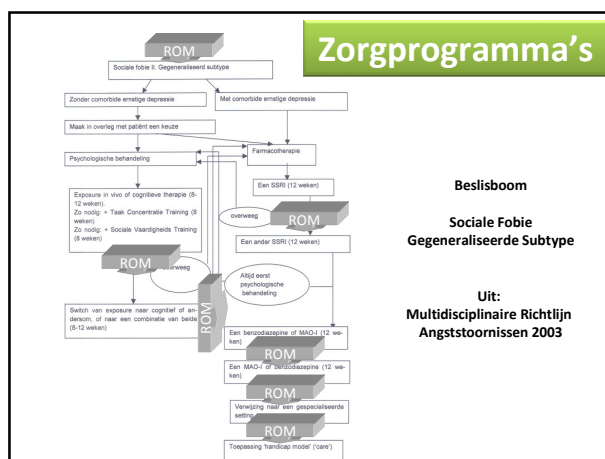
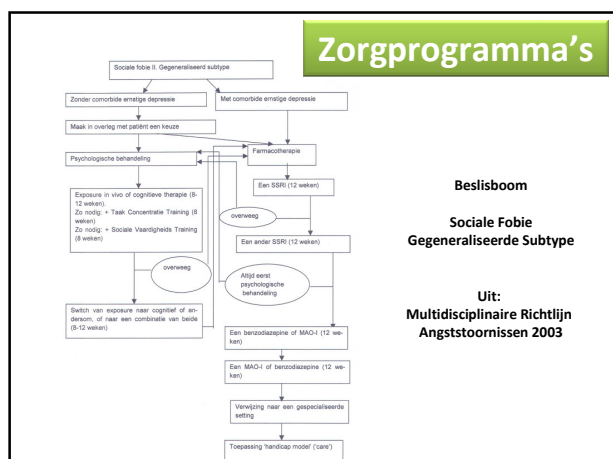
SAS

Multidisciplinaire richtlijnen



Zorgprogramma's





Topics

1. ROM in Leiden
2. **Benchmarking**
3. The Leiden Routine Outcome Monitoring Study
 - a) General remarks
 - b) Implementation research
 - c) Questionnaire development
 - d) Epidemiology
 - e) RCT versus real life
 - f) Predictors of non-response

Benchmarking.



July 2010



**GGZ Nederland en
Zorgverzekeraars Nederland
zetten kwaliteitsbenchmark
op**

Marleen Barth, voorzitter van GGZ Nederland, en
Hans Wiegel, voorzitter van ZN, hebben hiertoe een akkoord getekend.

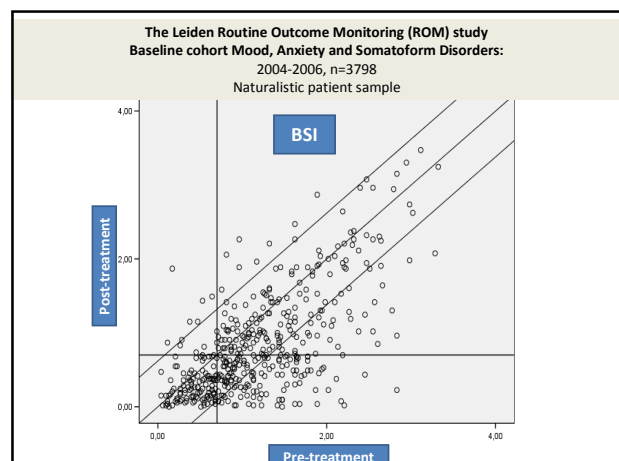
Het plan is opgezet omdat instellingen binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) de kwaliteit van de zorg willen verbeteren. Zij gaan nu op een vergelijkbare manier uitkomsten meten met **Routine Outcome Monitoring (ROM)**. Patiënten krijgen op basis van uitkomstenmetingen een beter beeld van het beloop van hun klachten en ziekte, terwijl hulpverleners in overleg met patiënten de zorg tijdig kunnen bijsturen. **GGZ-instellingen streven er naar om ROM te implementeren in de behandeling en begeleiding van alle 800.000 patiënten.**

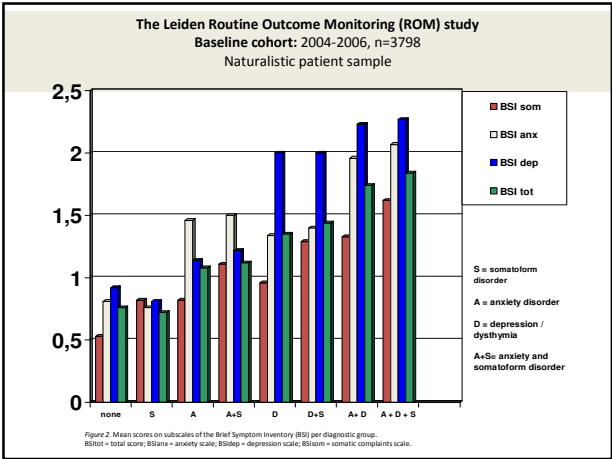
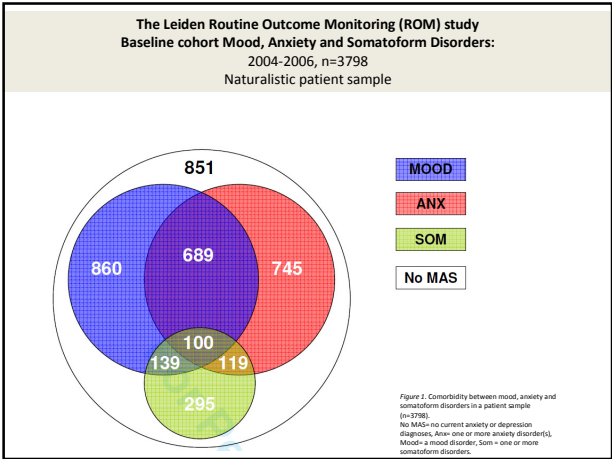


Versie 2011-02-04

SBG Dataprotocol
Bijlage A Minimale Dataset

Code	Naam	Soort	Beoordeling	Opmerking	Opmerking
1	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
2	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
3	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
4	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
5	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
6	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
7	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
8	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
9	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
10	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
11	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
12	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
13	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
14	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
15	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
16	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
17	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
18	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
19	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
20	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
21	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
22	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
23	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
24	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
25	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
26	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
27	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
28	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
29	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
30	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
31	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
32	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
33	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
34	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
35	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
36	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
37	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
38	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
39	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
40	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
41	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
42	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
43	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
44	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
45	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
46	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
47	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
48	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
49	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
50	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
51	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
52	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
53	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
54	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
55	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
56	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
57	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
58	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
59	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
60	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
61	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
62	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
63	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
64	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
65	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
66	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
67	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
68	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
69	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
70	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
71	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
72	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
73	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
74	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
75	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
76	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
77	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
78	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
79	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
80	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
81	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
82	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
83	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
84	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
85	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
86	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
87	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
88	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
89	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
90	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
91	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
92	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
93	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
94	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
95	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
96	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
97	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
98	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
99	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd
100	Verkeerde informatie	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd	Verkeerd





Benchmark treatment MDD-patients

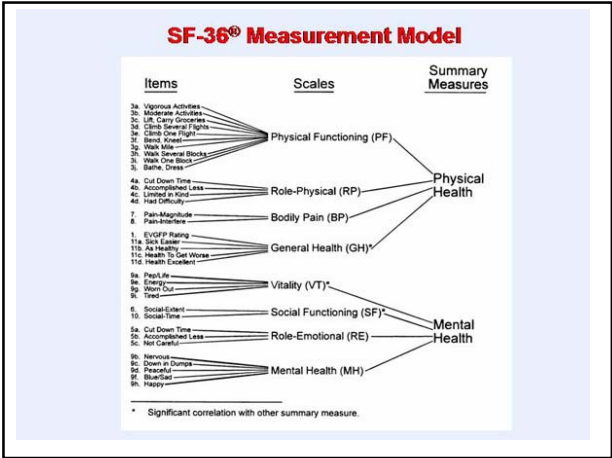
Mental health center	A	B	C	D	E
# disorders	2,9	2,7	2,7	2,7	1,9
Mean MADRS	26,2	25,4	25,8	26,7	25,5
Mean BDI	31,3	30,0	31,2	32,0	34,0

Benchmark treatment MDD-patients

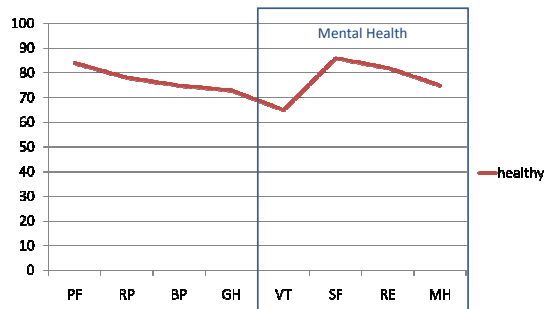
Mental health center	A	B	C	D	E
# disorders	2,9	2,7	2,7	2,7	1,9
Mean MADRS	26,2	25,4	25,8	26,7	25,5
Mean BDI	31,3	30,0	31,2	32,0	34,0
Antidepressants only	5,0	20,6	18,5	13,2	18,2
Psychotherapy only	43,7	14,3	29,4	17,0	9,1
Combination	14,3	22,2	15,6	24,5	27,3
Antidepressants + other	8,4	10,3	6,2	18,9	9,1
Other	5,6	9,5	1,8	13,2	18,2
No data	22,7	23,1	28,5	13,2	18,1
Total treatments	100	100	100	100	100

Benchmark treatment MDD-patients

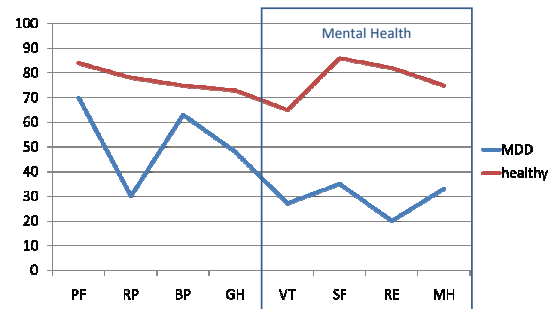
Mental health center	A	B	C	D	E
# disorders	2,9	2,7	2,7	2,7	1,9
Mean MADRS	26,2	25,4	25,8	26,7	25,5
Mean BDI	31,3	30,0	31,2	32,0	34,0
Antidepressants only	5,0	20,6	18,5	13,2	18,2
Psychotherapy only	43,7	14,3	29,4	17,0	9,1
Combination	14,3	22,2	15,6	24,5	27,3
Antidepressants + other	8,4	10,3	6,2	18,9	9,1
Other	5,6	9,5	1,8	13,2	18,2
No data	22,7	23,1	28,5	13,2	18,1
Total treatments	100	100	100	100	100



SF-36 scores general population



SF-36 scores general population and 1131 MDD patients



Journal of
Evaluation in Clinical Practice
International Journal of Public Health Policy and Health Services Research

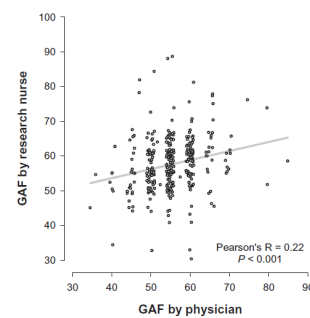
Reliability and validity of the Global Assessment of Functioning Scale in clinical outpatients with depressive disorders

Esther M. V. Grootenboer MD^{1,*},
Erik J. Giltay MD PhD²,
Rosalind van der Lem MD⁴,
Tineke van Veen MD PhD³,
Nic J. A. van der Wee MD PhD⁵,
Frans G. Zitman MD PhD⁶

Article first published online: 11 JAN 2011
DOI: 10.1111/j.1365-2753.2010.01614.x

Journal of Evaluation in Clinical Practice
International Journal of Public Health Policy and Health Services Research

Journal of Evaluation in Clinical Practice ISSN 1356-1294



Topics

1. ROM in Leiden
2. Benchmarking
3. **The Leiden Routine Outcome Monitoring Study**
 - a) General remarks
 - b) Implementation research
 - c) Questionnaire development
 - d) Epidemiology
 - e) RCT versus real life
 - f) Predictors of non-response

The Leiden Routine Outcome Monitoring Study

Aim is to investigate:

1. Characteristics of Mood, Anxiety and Somatoform disorders,
 2. Patterns of comorbidity
 3. Predictors of treatment-response
 4. Staging and profiling
- in 'real-life' (or *naturalistic*) patients in a 'real-life' treatment setting

The Leiden Routine Outcome Monitoring Study

Reliable data from 2004

On average, 80% of referred patients has had baseline ROM

Attrition +/- 50% at each follow-up assessment

First Baseline Cohort: 2004-2006, N = 3798

Second Baseline Cohort: 2007-2009, N = 4559

The Leiden Routine Outcome Monitoring Study

Reliable data from 2004

On average, 80% of referred patients has had baseline ROM

Attrition +/- 50% at each follow-up assessment

First Baseline Cohort: 2004-2006, N = 3798

Second Baseline Cohort: 2007-2009, N = 4559

2007 | 1 | **MGv** | 62 | 13 - 28

E. DE BEURS & F.G. ZITMAN

Routine Outcome Monitoring

Het meten van therapie-effect in de klinische praktijk met *webbased software*

Clinical Psychology and Psychotherapy
Clin. Psychol. Psychother. 18, 1-12 (2011)
Published online 17 March 2010 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/cpp.696

Routine Outcome Monitoring in the Netherlands: Practical Experiences with a Web-Based Strategy for the Assessment of Treatment Outcome in Clinical Practice

E. de Beurs,^{1,2*} M. E. den Hollander-Gijsman,^{1,3}
Y. R. van Rood,¹ N. J. A. van der Wee,¹ E. J. Giltay,¹
M. S. van Noorden,¹ R. van der Lem,^{1,3} E. van Fenema,¹
and F. G. Zitman^{1,3}

Topics

1. ROM in Leiden
2. Benchmarking
3. The Leiden Routine Outcome Monitoring Study
 - a) General remarks
 - b) Implementation research**
 - c) Questionnaire development
 - d) Epidemiology
 - e) RCT versus real life
 - f) Predictors of non-response

2006 | 10 | **MGv** | 61 | 817 - 826

ESTHER VAN FENEMA, NIC VAN DER WEE, EDWIN DE BEURS, EVERT ONSTEIN &
FRANS ZITMAN

817

Implementatie van zorgprogramma's

De stand van zaken in de behandelpraktijk

Zorgprogramma's in de dagelijkse praktijk: de mate van toepassing in de eerste behandel fase

E.M. VAN FENEMA, N.J.A. VAN DER WEE, E. ONSTEIN, F.G. ZITMAN

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)5, 299-310]

TABEL 2 Scores op procesindicatoren (%) die aangeven in welke mate zorgprogramma's werden gevolgd tijdens de eerste fase van de behandeling binnen GGZ Rivierland, per jaar

Procesindicatoren	n	2004	2005	2006	Totaal	Significantie*
ROM						
ROM tijdens de diagnostische fase	300	29 (29)	52 (52)	69 (69)	150 (50)	$\chi^2(2) = 32.2; p = 0.000$
ROM tijdens therapeutische fase	91	14/21 (66.7)	23/33 (69.7)	29/37 (78.4)	66 (72.5)	$\chi^2(2) = 1.1; p = 0.568$
Algemeen						
Combinatie diagnose-behandeling volgens zorgprogramma	300	85 (85)	95 (95)	93 (93)	273 (91)	$\chi^2(2) = 6.8; p = 0.033$
Volgens principe van stepped care	273	81/85 (95.3)	85/95 (89.5)	85/93 (91.4)	251 (91.9)	$\chi^2(2) = 2.1; p = 0.349$
Farmacotherapie						
Duur behandeling ≥ 6 weken	135	26/41 (63.4)	33/47 (70.2)	33/47 (70.2)	92 (68.1)	$\chi^2(2) = 0.6; p = 0.738$
Minimale adequate dosis voorgeschreven	135	39/41 (95.1)	40/47 (85.1)	43/47 (91.5)	122 (90.4)	$\chi^2(2) = 2.6; p = 0.269$
Psychotherapie						
Duur behandeling ≥ 12 weken	148	51/60 (85.0)	34/44 (77.3)	27/44 (61.4)	112 (75.7)	$\chi^2(2) = 7.8; p = 0.020$
Frequentie: ≥ 1 sessie per anderhalve week	148	12/60 (20.0)	9/44 (20.5)	19/44 (43.2)	40 (27.0)	$\chi^2(2) = 8.3; p = 0.016$

*Verschillen tussen de jaren werden onderzocht met χ^2 -toetsen; gecorrigeerde waarden waren statistisch significant.

Vitality predicts level of guideline-concordant care in routine treatment of mood, anxiety and somatoform disorders

Esther M. van Fenema MD,¹ Nic J.A. van der Wee MD PhD,² Erik J. Giltay MD PhD,² Margien E. den Hollander-Gijsman MSc³ and Frans G. Zitman MD PhD⁴

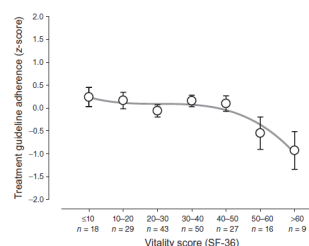
	No.	High and intermediate (reference)	Odds ratio for low adherence (95% CI)	P-value
No. of participating patients	140	52		
Sex				
Male	62	1.0		
Female	130	1.0	1.22 (0.60-2.48)	0.59
Age (years)	192	1.0	0.98 (0.95-1.01)	0.12
Treatment modality				
Psychotherapy	91	1.0		
Pharmacotherapy	72	1.0	1.02 (0.49-2.16)	0.96
Combined therapy	29	1.0	0.68 (0.25-1.88)	0.45
Health Status Questionnaire (SF-36)				
Vitality*	192	1.0	1.34 (1.09-1.71)	0.02
Social functioning*	192	1.0	1.06 (0.91-1.23)	0.44

SF-36 indicates the Short Form 36 Health Status Questionnaire; CI, confidence interval. Odds ratios were calculated with a multivariable logistic regression model. Higher scores on subscales of the SF-36 indicate a higher severity.

*Odds ratios are shown for the increase per 10 units increase in vitality and social functioning score.

Vitality predicts level of guideline-concordant care in routine treatment of mood, anxiety and somatoform disorders

Esther M. van Fenema MD,¹ Nic J.A. van der Wee MD PhD,² Erik J. Giltay MD PhD,² Margien E. den Hollander-Gijsman MSc³ and Frans G. Zitman MD PhD⁴



Topics

1. ROM in Leiden
2. Benchmarking
3. The Leiden Routine Outcome Monitoring Study
 - a) General remarks
 - b) Implementation research
 - c) Questionnaire development
 - d) Epidemiology
 - e) RCT versus real life
 - f) Predictors of non-response



Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Behaviour Research and Therapy 45 (2007) 1609–1617

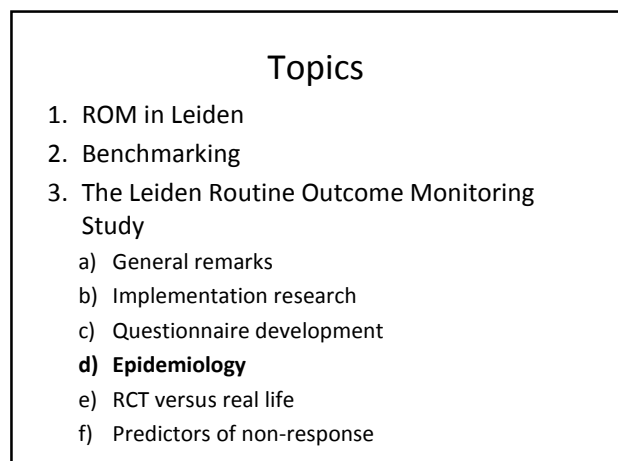
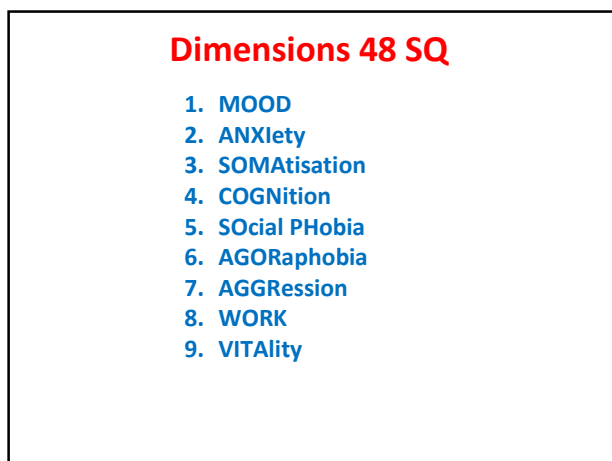
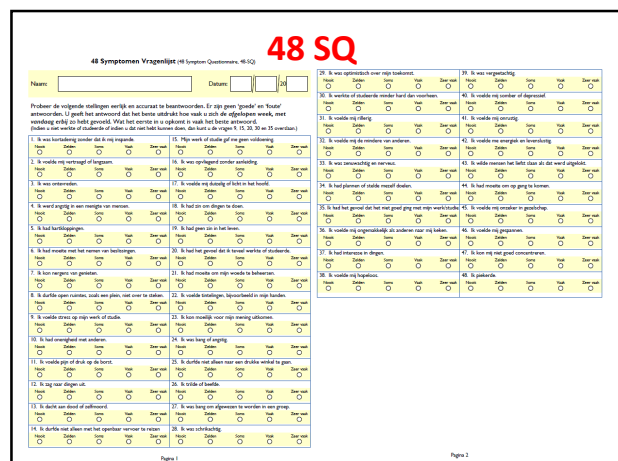
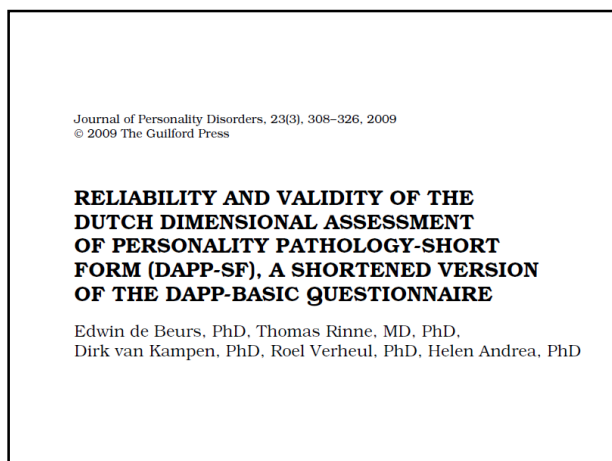
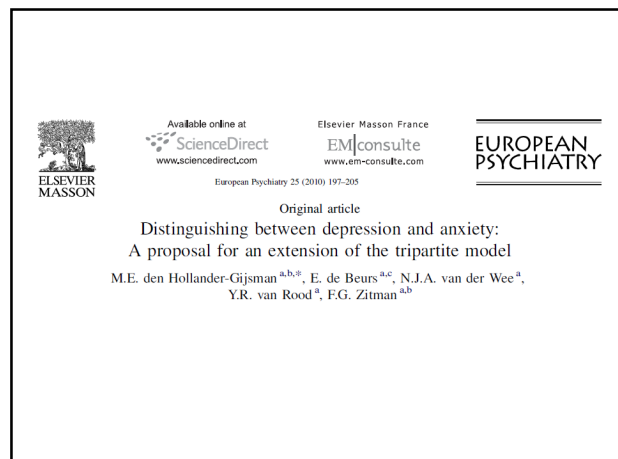
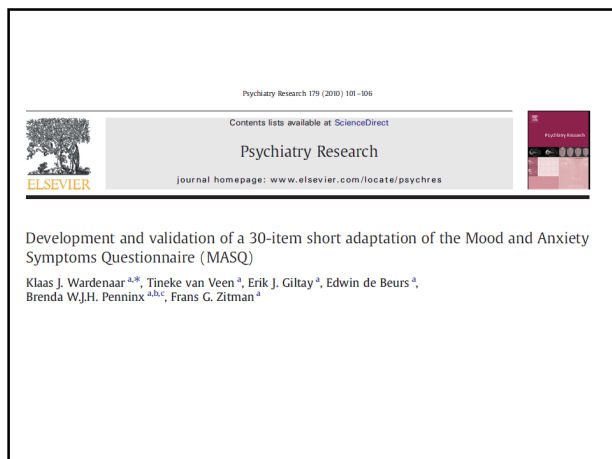
Shorter communication

The tripartite model for assessing symptoms of anxiety and depression: Psychometrics of the Dutch version of the mood and anxiety symptoms questionnaire

E. de Beurs^{a,b,*}, M.E. den Hollander-Gijsman^a, S. Helmich^b, F.G. Zitman^{a,b}

BEHAVIOUR
RESEARCH AND
THERAPY

www.elsevier.com/locate/brat



Journal of Affective Disorders 125 (2010) 116–123

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad



Research report

Gender differences in clinical characteristics in a naturalistic sample of depressive outpatients: The Leiden Routine Outcome Monitoring Study

Martijn S. van Noorden^a, Erik J. Giltay, Margien E. den Hollander-Gijsman, Nic J.A. van der Wee, Tineke van Veen, Frans G. Zitman

^a Department of Psychiatry, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands

Table 2: Rating scale scores and clinical characteristics according to gender in 1131 outpatients with current MDD

	Men (n=395; 34.9%)	Women (n=736; 65.1%)	p-value ^a	Adjusted p-value ^b
BDI-II score (mean ± SD)	29.3 ± 10.5	32.6 ± 10.5	< 0.001	< 0.001
MADRS score (mean ± SD)	25.1 ± 8.2	25.3 ± 7.4	0.60	0.22
MADRS (n, %)			0.41	0.37
- <20	85 (21.5)	143 (19.5)		
- 20–35	259 (65.4)	509 (69.3)		
- ≥35	52 (13.1)	83 (11.3)		
BAS score (mean ± SD)	16.9 ± 6.8	17.5 ± 6.3	0.14	0.09
REM score (geometric mean, P ₁ –P ₉₉)	5.2 (1–12)	4.6 (1–12)	0.005	0.03
BSI total score (geometric mean, P ₁ –P ₉₉)	1.4 (0.5–2.8)	1.5 (0.5–2.9)	0.01	0.03
Age of onset of first MDD episode (geometric mean, P ₁ –P ₉₉)	28.9 (15–57)	25.4 (14–53)	<0.001	0.06
Number of MDD episodes (n, %)			0.20	0.12
- 1	159 (40.3)	273 (37.1)		
- 2–4	115 (29.1)	253 (34.4)		
- ≥4	121 (30.6)	210 (28.5)		
Prior suicide attempt (n, %)	72 (18.2)	174 (23.6)	0.04	0.04
Current suicidal thoughts (n, %)	150 (38.0)	269 (36.5)	0.65	0.42

BDI-II denotes Beck Depression Inventory – revised; MADRS denotes Montgomery – Åsberg Depression Rating Scale; BAS denotes Brief Anxiety Scale; REM denotes Comprehensive Psychiatric Rating Subscale (psychomotor inhibition); BSI denotes Brief Symptom Inventory; ^a p-value by ANOVA or χ^2 -squared test, when appropriate; ^b adjusted for age and ethnic background.

Gender and MDD - ROM Baseline

Fig. 1. Proportional prevalence of individual symptoms of the BDI-II for female patients relative to male patients in 1131 outpatients with current MDD; this bar graph indicates that most symptoms were more prevalent in women than in men; a symptom was defined as present if the score was 2 or 3 on a 4-point Likert-scale (ranging from 0 to 3); * p-value < 0.05 for gender difference, adjusted for age, ethnic background and MADRS score by logistic regression analysis.

Psychological Medicine, Page 1 of 11. © Cambridge University Press 2010
doi:10.1017/S0033291710002199 ORIGINAL ARTICLE

Pre-adult *versus* adult onset major depressive disorder in a naturalistic patient sample: the Leiden Routine Outcome Monitoring Study

M. S. van Noorden¹*, S. E. Minkenberg¹, E. J. Giltay¹, M. E. den Hollander-Gijsman^{1,2}, Y. R. van Rood³, N. J. van der Wee^{1,2} and F. G. Zitman^{1,2}

¹ Department of Psychiatry, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands
² Rivierland, Mental Health Clinics, Leiden, The Netherlands
³ Leiden Institute for Brain and Cognition, Leiden, The Netherlands

Fig. 1. Distribution of age at onset of depression in 1105 outpatients with current major depressive disorder. Age at interview: □, <40 years; ■, ≥40 years.

	Age 20–40 yr		Age 40–65 yr		Both groups combined	
	No. of patients	OR for pre-adult onset (95% CI)	No. of patients	OR for pre-adult onset (95% CI)	No. of patients	OR for pre-adult onset (95% CI)
Marital status						
Married	249	1	294	1	543	1
Divorced/widowed	52	0.84 (0.28–2.54)	158	1.17 (0.30–4.55)	210	1.06 (0.47–2.38)
Never married	281	1.01 (0.44–2.63)	71	1.26 (0.29–5.44)	352	1.21 (0.57–2.59)
Housing situation						
Living alone	165	1	140	1	305	1
Living with partner	254	0.90 (0.35–2.28)	295	2.55 (0.59–10.92)	549	1.27 (0.58–2.75)
Living with family	163	0.58 (0.34–0.96)	88	2.51 (1.05–6.01)	251	0.93 (0.61–1.42)
History of suicide attempts						
No	453	1	409	1	862	1
Yes	129	4.17 (2.25–7.72)	114	2.52 (1.12–5.67)	243	3.15 (1.97–5.05)
Current suicidal thoughts						
No	365	1	335	1	700	1
Yes	217	1.92 (1.22–3.01)	188	1.59 (0.84–3.01)	405	1.81 (1.26–2.60)
Number of co-morbid MAS disorders						
0	252	1	270	1	522	1
1	219	0.99 (0.64–1.54)	176	1.30 (0.72–2.35)	395	1.14 (0.81–1.61)
≥2	111	1.58 (0.89–2.81)	77	1.20 (0.53–2.73)	188	1.55 (0.98–2.46)
Comorbid social phobia						
No	506	1	471	1	977	1
Yes	76	1.28 (0.72–2.31)	52	1.76 (0.78–3.95)	128	1.36 (0.85–2.17)
Comorbid drug dependence/abuse						
No	549	1	507	1	1056	1
Yes	33	1.22 (0.54–2.77)	16	2.63 (0.80–8.59)	49	1.59 (0.82–3.08)

30

ARTICLE IN PRESS

JAD-04943; No of Pages 8

Journal of Affective Disorders xxx (2011) xxx–xxx

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad

Research report

Prevalence and correlates of lifetime deliberate self-harm and suicidal ideation in naturalistic outpatients: The Leiden routine outcome monitoring study

Suzanne de Klerk^{a,1}, Martijn S. van Noorden^{b,1,*}, Anne E. van Giezen^c, Philip Spinhoven^c, Margien E. den Hollander-Gijsman^b, Erik J. Giltay^b, Anne E.M. Speekens^d, Frans G. Zitman^{b,d}

Table 4. Predictors of DSH in multinomial logistic regression analysis in 2844 psychiatric outpatients								
	Teriles of DSH				t	Multivariable P-value for trend ^a	t	Forward stepwise analysis P-value for trend ^a
	No DSH (n=1295)	Intermediate DSH (n=597)	High DSH (n=952)	t				
Age	1.0	1.00 (0.98–1.01)	1.00 (0.98–1.01)	-.33	0.74	-.58	-	
Male sex	1.0	1.28 (1.02–1.61)	1.02 (0.81–1.28)	-.70	0.48	-.190	-	
Dutch background	1.0	0.80 (0.61–1.05)	0.94 (0.72–1.24)	0.35	0.72	-	-	
Married or partner	1.0	0.83 (0.75–1.15)	0.65 (0.52–0.80)	3.90	<0.001	4.69	<0.001	
High education	1.0	1.09 (0.88–1.35)	0.73 (0.59–0.90)	2.83	0.005	3.39	0.001	
Employed	1.0	0.87 (0.70–1.07)	0.73 (0.62–0.94)	2.50	0.012	-	-	
Number of diagnoses (MNI)	1.0	1.05 (0.94–0.17)	1.22 (1.09–1.36)	3.47	0.001	3.87	<0.001	
Symptoms of anxiety (BAS)	1.0	0.76 (0.65–0.90)	0.45 (0.34–0.47)	-11.75	<0.001	-11.87	<0.001	
General psychopathology (BSI)	1.0	1.20 (0.98–1.46)	1.20 (1.00–1.45)	2.35	0.025	-	-	
Depressive symptoms	1.0	1.35 (1.13–1.61)	3.13 (2.63–3.73)	13.73	<0.001	16.72	<0.001	
Emotion dysregulation (DAPP)	1.0	1.66 (1.41–1.96)	2.69 (2.27–3.19)	12.11	<0.001	19.58	<0.001	
Dissocial behavior (DAPP)	1.0	1.07 (0.94–1.22)	1.22 (1.08–1.38)	3.04	0.002	-	-	
Inhibition (DAPP)	1.0	1.08 (0.96–1.21)	1.12 (1.00–1.25)	1.84	0.07	-	-	
Compulsivity (DAPP)	1.0	0.96 (0.86–1.08)	0.95 (0.85–1.05)	-1.33	0.18	-	-	

^a DAPP denotes Dimensional Assessment of Personality Pathology short form; MADRS denotes Montgomery – Åsberg Depression Rating Scale; BAS denotes Brief Anxiety Scale; BSI denotes Brief Symptom Inventory; MNI denotes Mini International Neuropsychiatric Interview Plus, version 5.0.0-R; CI denotes confidence interval; OR denotes Odds Ratio. ORs are presented as Z-scores. *Forward entry in multivariable linear regression. *Forward stepwise linear regression analysis p<0.01 for removal and p<0.005 for entry.

Topics

1. ROM in Leiden

2. Benchmarking

3. The Leiden Routine Outcome Monitoring Study

a) General remarks

b) Implementation research

c) Questionnaire development

d) Epidemiology

e) RCT versus real life

f) Predictors of non-response

Psychological Medicine, Page 1 of 11. © Cambridge University Press 2010
doi:10.1017/S0033291710002175

ORIGINAL ARTICLE

The generalizability of antidepressant efficacy trials to routine psychiatric out-patient practice

R. van der Lem¹*, N. J. A. van der Wee^{1,2}, T. van Veen¹ and F. G. Zitman¹

Percentage van 1653 poliklinische patienten met een depressie dat niet voldoet aan criteria voor RCT

Exclusie criterium	
Comorbiditeit	
Angststoornis	
Alcoholisme of drugsverslaving	
Bipolaire stoornis / psychotische depressie	
Niet ernstig genoeg	
Suïcidaliteit	
Percentage patienten dat niet zou kunnen deelnemen aan RCT	

Percentage van 1653 poliklinische patienten met een depressie dat niet voldoet aan criteria voor RCT

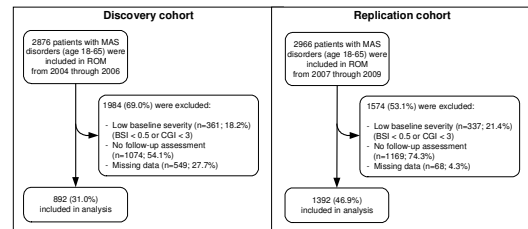
Exclusie criterium	
Comorbiditeit	62.8%
Angststoornis	46%
Alcoholisme of drugsverslaving	8.6%
Bipolaire stoornis / psychotische depressie	3.4 %
Niet ernstig genoeg	27.2%
Suïcidaliteit	18.1%
Percentage patienten dat niet zou kunnen deelnemen aan RCT	75.5%

Topics

1. ROM in Leiden
2. Benchmarking
3. The Leiden Routine Outcome Monitoring Study
 - a) General remarks
 - b) Implementation research
 - c) Questionnaire development
 - d) Epidemiology
 - e) RCT versus real life
 - f) **Predictors of non-response**

Prospective study.

Aim: predictors of treatment non-response in two large ROM cohorts of patients with MAS disorders



Outcome measure: >50% reduction on BSI *and* CGI 1 or 2

Possible predictors: demographics, comorbidity, personality traits (DAPP-sf), SF-36 subscales, MADRS, BAS

Cox regression, multivariable model

Results: predictors of non-response

- Hogere leeftijd
- Enkelvoudige somatoforme stoornis en, in mindere mate, comorbiditeit SAS-stoornissen
- Grote affectieve labiliteit
- Grote intimiteitsproblemen
- Zelfbeschadigend gedrag
- Slechte algemene gezondheidstoestand

Conclusions

'Real-life' patients differ significantly from RCT patients

ROM data provide valuable information about 'real-life' patients in routine clinical practice

Predictors of treatment non-response in patients with MAS disorders are: **older age, having a somatoform disorder, having more than one MAS disorder, having intimacy problems, a tendency to self-harm, affective lability, and a poor reported general health status**

These patients may benefit from extra interventions!



The Leiden Routine Outcome Monitoring Study Group



Senior staff

Dr. Ingrid Carlier (COROM)
Dr. Erik Giltay
Dr. Marc Noom (LIAIROM)
Dr. Yanda van Rood
Dr. Tineke van Veen
Dr. Irene van Vliet
Dr. Nic van der Wee
Prof. Dr. Frans Zitman

Ph D candidates

Marita Danhof
Monique van Egmond
Esther van Fenema
Margien den Hollander
Viktoria Kovacs
Rosalind van der Lem
Denise Meuldijk
Martijn van Noorden
Sumaya Rodenburg
Yvonne Schulte
Liora Swaab
Klaas Wardenaar
Jannelien Wieland

Key references

de Beurs E, den Hollander-Gijsman ME, van Rood VR, van der Wee NJ, Giltay EJ, van Noorden MS, van der Lem R, van Fenema E, Zitman FG. Routine outcome monitoring in the Netherlands: practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clin Psychol Psychother*. 2011 Jan;18(1):1-12.

Carlier IV, Meuldijk D, Van Vliet IM, Van Fenema E, Van der Wee NJ, Zitman FG. Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. *J Eval Clin Pract*. 2010; in press.

van Fenema EM, van der Wee NJ, Onstein E, Zitman FG. [Care programmes at mental health centres: the degree of adherence in the first phase of treatment]. *Tijdschr Psychiatr*. 2010;52(5):299-310.

Van Fenema EM, Van Der Wee NJ, Giltay EJ, Den Hollander-Gijsman ME, Zitman FG. Vitality predicts level of guideline-concordant care in routine treatment of mood, anxiety and somatoform disorders. *J Eval Clin Pract*. 2010 Nov 22.

Grootenboer EM, Giltay EJ, van der Lem R, van Veen T, van der Wee NJ, Zitman FG. Reliability and validity of the Global Assessment of Functioning Scale in clinical outpatients with depressive disorders. *J Eval Clin Pract*. 2011; in press.

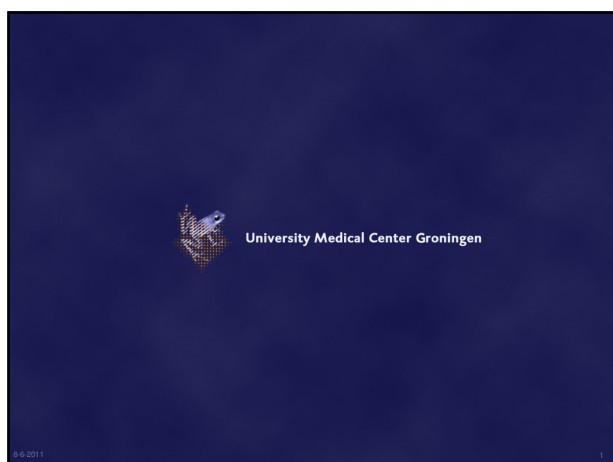
De Klerk S, Van Noorden MS, van Giezen AE, Spinhoven PH, Den Hollander-Gijsman ME, Giltay EJ, Speckens AE, Zitman FG. Prevalence and correlates of lifetime deliberate self-harm and suicidal ideation in naturalistic outpatients: The Leiden Routine Outcome Monitoring Study. *J Affect Disord*. 2011; in press.

van der Lem R, van der Wee NJ, van Veen T, Zitman FG. The generalizability of antidepressant efficacy trials to routine psychiatric out-patient practice. *Psychol Med*. 2010 Nov 16:1-11.

van Noorden MS, Giltay EJ, den Hollander-Gijsman ME, van der Wee NJ, van Veen T, Zitman FG. Gender differences in clinical characteristics in a naturalistic sample of depressive outpatients: the Leiden Routine Outcome Monitoring Study. *J Affect Disord*. 2010 Sep;125(1-3):116-23.

van Noorden MS, Minkenberg SE, Giltay EJ, den Hollander-Gijsman ME, van Rood VR, van der Wee NJ, Zitman FG. Pre-adult versus adult onset major depressive disorder in a naturalistic patient sample: the Leiden Routine Outcome Monitoring Study. *Psychol Med*. 2010 Nov 16:1-11.

Wardenaar KJ, van Veen T, Giltay EJ, de Beurs E, Penninx BW, Zitman FG. Development and validation of a 30-item short adaptation of the Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire (MASQ). *Psychiatry Res*. 2010 Aug 30;178(1):101-6.



University Medical Center Groningen

R egionale
O vereenstemming
Q ua
U itvoering en
A fstemming

Richard
Oude
Voshaar

OU
DER
EN

University Medical Center Groningen

Inhoud

- Historische ontwikkeling / lopende initiatieven:
 - MEMO
 - GGZ Nederland
- ROQUA ouderen
- Onderzoeksmogelijkheden

University Medical Center Groningen

Mental health Monitor Older persons (MEMO)

- ROM-systeem vanuit programma Ouderen Trimbos:
 - Representatief voor Nederland (14 GGZ instellingen, elk >60 ptn)
 - Vier cycli van 1.5 jaar
 - Metingen elke 4 maanden
 - Webbased
 - MEMO basic (HoNOS 65+, GGZ thermometer)
 - MEMO additional: extra lijst voor specifieke groep (varieert per cyclus)

University Medical Center Groningen

GGZ Nederland: ROM advies ouderen

- Gerontopsychiatrie versus psychogeriatric
- Drie indicatoren:
 - Ernst problematiek
 - Dagelijks functioneren
 - Kwaliteit van leven
- Begin- en eindmeting (12 mnd):
 - Kortdurende zorg: tussenmeting(en) ≈ behandelbespreking(en)
 - Langdurende zorg: 1x /jaar
- Variabelen voor casemix / minimale dataset: n.t.b.

University Medical Center Groningen

GGZ Nederland: Instrumenten gerontopsychiatrie

Zorgdomeinen:

Ernst	Dagelijks Problematiek	functioneren	Kwaliteit van leven
HoNOS65+	-	HoNOS65+	-
GDS-15			
HADS-A			

•Bencharking (aanbeveling):

- MMSE

University Medical Center Groningen

GGZ Nederland: Psychogeriatric

- **Effecten die gemeten moeten worden:**
 - Uitstel van opname
 - Kwaliteit van leven
 - Gedragsproblematiek
- **Variabelen van belang:**
 - Fase van dementie
 - Samenwonend met mantelzorg
 - Zorginzet
- **Zorgdomeinen:**
 - Kwaliteit van leven
 - Stress bij de mantelzorger

Meetinstrumenten:

- QoL-AD, Qualidem
- EDIZ (of WhoQoL, EQ)

University Medical Center Groningen

Ontwikkeling ROQUA ouderen

- Concept Sytema / Oude Voshaar (aug - okt 2010)
- Commentaarrondes ROQUA partners (dec 2010 - jan 2011)
- **Definitieve set, 3 onderdelen: (april 2011):**
 - Basisset (altijd voor- en nameting)
 - Stoornis-specifieke aanvullingen
 - Optionele niet-stoornis specifieke instrumenten

University Medical Center Groningen

ROQUA ouderen: basis instrumenten

Domein:	Eerste keus	Items	Tijd (min)	A / P
•Globaal functioneren	HoNOS65+	12	5 - 30	A
•Cognitie	MMSE	11	10	A
•Depressie	IDS-SR	30	10	P
•Angst algemeen	GAI	20 / 5	5 / 1	P
•Alcoholgebruik	AUDIT	10	5	P
•Slaap	IRS-5	5	2	P
•Hypochondrie	WI	14 / 7	5	P
•Apathie	AS	12	5	P
•Neuroticisme	NEO-FFI	12	5	P

University Medical Center Groningen

ROQUA ouderen: stoornis specifieke instrumenten

Stoornis:	1e keus	Items	tijd (min)	Alternatieven:
•Geg. Angststoornis	PSWQ	16	5	-
•Paniekstoornis +/-	MI-A	26	10 - 20	PDSS-R
•Sociale fobie	LSAS	17	10	IOA / SPIN
•PTSS	ZIL	22	10	IES-R
•OCS	VOCI-R	30	20	Y-BOCS

University Medical Center Groningen

ROQUA ouderen: optioneel

Domein:	1e keus	Items	tijd (min)
•Persoonlijkheid	NEO-FFI	60	15
•Life-events	Burgha lijst		
•Alexithymia	TAS		

University Medical Center Groningen

ROQUA ouderen: Voorbeeld onderzoekstrajecten

A cartoon illustration showing two men. The man on the left is holding a sign that says '12'. The man on the right is looking at the sign and saying 'FANTASTIC - WHAT DOES IT MEAN?'. Above them, a speech bubble says 'WE HAVE A PERFORMANCE INDICATOR OF 12...'. The cartoon is a humorous take on the concept of a performance indicator.

University Medical Center Groningen

Early recognition of residual symptoms in late-life depression

RCTs: No difference between early and late-life depression, but:

1. Results in daily practices less favourably for older persons
2. Prognosis more worse in older patients

Explanation:
Differential age effects in homogeneity between RCT and daily practice

Research objectives:

1. What are residual symptoms of late-life depression
(Hypotheses: apathy, anxiety, sleepproblems, somatisation)
1. Can residual symptoms be predicted at baseline?
2. If 2 is yes: has treatment to be modified?

University Medical Center Groningen

Validation of self-report questionnaires in old age

Questionnaires in need of validation for old age psychiatry:

- Apathy Scale (AS) for apathy
- Whitely Index (WI) for somatisation
- Insomnia Rating Scale (IRS) for sleepproblems
- Toronto Alexithymia Scale (TAS) for alexithymia

Research objectives:

1. Is X a valid and reliable instrument in old age psychiatry?
2. What is the prevalence of X as comorbid condition?
3. Does X predict the prognosis of the primary disorder?
4. Does X change over time during treatment of primary disorder?

University Medical Center Groningen

Alcohol (mis)use in later life

- Prevalence of problem drinking steeply increases in the older cohorts
- Addiction clinics do not have specific programs for elderly
- **Research objectives:**
 1. Prevalence of problem drinking in later life (per diagnostic category)
 2. Determinants of problem drinking in later life
 3. Subtyping older patients with problem drinking (latent class analysis)
 4. Longitudinal relationship between different psychiatric disorders and problem drinking

University Medical Center Groningen

Inter individual treatment quality

- Treatment outcome is highly variable between patients and professionals
- **Research objectives:**
If matched / controlled for confounding variables:
 1. Do treatment effects differ between professionals with a different background (psychiatrist, psychologist, nurse practitioner)
 2. Do treatment effects differ between individual therapist within the same profession

University Medical Center Groningen

A feasible ROM system for the future

- **Short questionnaires:**
 - more measurement errors (false positives/negatives)
 - Less informative
- **Long questionnaires:**
 - To burdensome for patients
 - Only a selection of potentially important concepts can be measured
- **Research objective:**
 - To develop a ROM system based on the Item Response Theory (IRT) and Computer Adaptive Testing (CAT) for old age psychiatry

University Medical Center Groningen

Discussiepunten

- **ROQUA ouderen:**
 - Maximaliseren (huidige versie)
 - Minimaliseren (GGZ Nederland)
- **Inhoudelijke keuze instrumenten: suggesties?**
- **Afstemmen zorgprogramma's / meetmomenten**
- **Gezamenlijke onderzoeksprojecten**

