Universiteit
Leiden
The Netherlands

NormQuest : reference values for ROM instruments and questionnaires

Schulte-van Maaren, Y.W.M.

Citation
Schulte-van Maaren, Y. W. M. (2014, January 21). *NormQuest : reference values for ROM instruments and questionnaires*. Retrieved from https://hdl.handle.net/1887/23044

Version:	Corrected Publisher's Version
License:	Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden
Downloaded from:	https://hdl.handle.net/1887/23044

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Cover Page

Universiteit Leiden

Leiden University Repository

The handle http://hdl.handle.net/1887/23044 holds various files of this Leiden University dissertation

Author: Schulte-van Maaren, Yvonne W.M.
Title: NormQuest : reference values for ROM instruments and questionnaires
Issue Date: 2014-01-21

Samenvatting en algemene discussie

In het kort

NormQuest is een studie die ten doel had referentiewaarden (normscores) voor de in Routine Outcome Monitoring (ROM) gebruikte vragenlijsten in een huisartspopulatie vast te stellen. Die referentiewaarden waren voor de meeste ROM vragenlijsten niet bekend, maar ze zijn wel van belang voor een juiste interpretatie van de scores bij patiënten met stemmings-, angst- en somatoforme (SAS-) stoornissen in de tweede en de derde lijn. In NormQuest stelden we deze referentiewaarden vast bij een grote steekproef van ca. 1300 patiënten uit huisartspraktijken voor negentien vragenlijsten die in ROM-SAS gebruikt worden.

Inleiding

In de geestelijke gezondheidszorg is het gebruikelijk dat de resultaten van een behandeling geëvalueerd worden door de behandelaar en de patiënt. ROM is een methode om die resultaten meer objectief vast te stellen door regelmatig de aard, de ernst en het beloop van klachten van patiënten te meten. Feedback over de behandelresultaten is gunstig gebleken voor de behandeling: deze werkt naast informerend vooral ook beïnvloedend en motiverend voor de patiënt. Een behandelaar kan met deze feedback nagaan of de behandeling aanslaat. ROM blijkt een gunstig effect te hebben op de communicatie tussen patiënt en behandelaar. Deze feedback wordt mogelijk gemaakt door ROM-scores te vergelijken met referentiewaarden. Behalve voor het meten van de werkzaamheid van de behandeling kunnen referentiewaarden gebruikt worden ter ondersteuning van besluiten over voortzetting, wijziging of beëindiging van de behandeling.

Een 64-jarige vrouw werd opgenomen met ernstige depressieve en angstklachten. Haar problemen waren 7 jaar geleden nogal abrupt begonnen na echtelijke problemen die resulteerden in een echtscheiding. In haar medische verleden was er sprake van agorafobie en orthostatische hypotensie (plotselinge bloeddrukdalingen met duizeligheid of flauwvallen als gevolg). Meerdere malen werd ze behandeld voor angst en depressie met psychotherapie en verschillende antidepressiva, soms klinisch, soms poliklinisch. Vanwege ernstige depressie met psychotische kenmerken en resistentie tegen behandeling met antidepressiva werd ze opgenomen in de psychiatrische universiteitskliniek (PUK) van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Ze werd gedurende enige tijd behandeld met elektroconvulsietherapie (ECT) en haar depressie verminderde. Tijdens de behandeling werd de ernst van de depressie wekelijks beoordeeld door haar psychiater. Ook werden er wekelijks ROM-scores bepaald door een onafhankelijk onderzoeksverpleegkundige.

De ROM-scores in het bovenstaande geval behoeven interpretatie. Is de patiënt verbeterd of hersteld (in remissie), verslechterd, of niet veranderd? Een belangrijke vraag voor de therapeut is: wanneer is de patiënt voldoende hersteld om de volgende stap in de behandeling te maken? Een aanpak die een dergelijke beslissing kan ondersteunen is het vergelijken van de ROM-scores met die van een normale of referentiepopulatie. Wanneer ROM-scores onder een bepaalde cut-off-waarde komen, is de patiënt qua ernst van de depressieve symptomen niet meer te onderscheiden van de normale referentiepopulatie. De behandeling zou dan kunnen verschuiven naar het voorkomen van een terugval en de patiënt zou terugverwezen kunnen worden naar de eigen huisarts. Evidence based cut-off-waarden voor ROM-vragenlijsten kunnen klinische beslissingen ondersteunen. Deze cut-off-waarden kunnen worden afgeleid uit de verdeling van scores van de gezonde bevolking en van patiëntenpopulaties. Cut-off-waarden en aanvullende scoreverdelingen worden hier aangeduid als referentiewaarden.

Doel van deze NormQuest-studie

Voor diverse ROM-vragenlijsten zijn er nog geen referentiewaarden beschikbaar. Om deze referentiewaarden te ontwikkelen, werd in 2008 de NormQuest-studie geïnitieerd door de afdeling Psychiatrie van het LUMC en de Zuid-Hollandse instelling voor geestelijke gezondheidszorg Rivierduinen. Dit proefschrift presenteert referentiewaarden voor 19 ROM-vragenlijsten (18 bestaande en 1 nieuw ontwikkelde) die kunnen worden gebruikt om klinische beslissingen te ondersteunen bij de behandeling en verwijzing van patiënten met SAS-stoornissen. Referentiewaarden bestaan uit afkap (cut-off-) waarden die het verschil markeren tussen de patiëntenpopulatie (‘psychisch ziek’) en de referentiepopulatie (‘gezond’).

Verder wordt het onderscheidend vermogen van de vragenlijsten besproken aan de hand van Receiver Operating Characteristics (ROC-) analyses. Ook wordt het effect van geslacht en leeftijd op referentiewaarden gepresenteerd. Het secundaire doel van de NormQuest-studie betreft de noodzaak van de ontwikkeling van publiek domein vragenlijsten. De generieke Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) is ontwikkeld en referentiewaarden worden gepresenteerd.

ROM-vragenlijsten

Voor het meten van de klachten binnen ROM is een reeks van objectieve, standaard vragenlijsten (zowel voor zelfrapportage als observaties) een essentieel onderdeel. ROM-vragenlijsten moeten klinisch relevant, gevoelig voor verandering en minimaal belastend voor patiënten, personeel en organisatie zijn. Derhalve dient de keuze van vragenlijsten gebaseerd te zijn op validiteit, betrouwbaarheid en op beschikbaarheid in het publieke domein. Vragenlijsten voor ROM zijn generiek of specifiek. Generieke vragenlijsten worden gebruikt voor het meten van algemene psychopathologie, angst of algemeen functioneren. Omdat ze in principe geschikt zijn voor alle patiënten met psychische problemen, maken ze uitspraken mogelijk over het behandeleffect, onafhankelijk van de diagnose. Verder zijn

ze geschikt voor patiënten met meer dan een aandoening. Bovendien vergemakkelijken ze vergelijkingen tussen verschillende patiëntengroepen. Ziekte-specifieke vragenlijsten zijn gericht op specifieke symptomen van een enkele psychiatrische aandoening of groep stoornissen en worden alleen aangeboden aan patiënten die voldoen aan de criteria voor die bepaalde stoornis. Zij zijn gevoeliger voor veranderingen door de behandeling, aangezien ze de intensiteit van de symptomen waarvoor behandeld wordt meten. Voor bijna alle ROM-vragenlijsten geldt dat een hogere score op een vragenlijst méér psychopathologie betekent. Omdat ROM-vragenlijsten bij veel patiënten afgenomen worden, vaak ook meerdere keren, is het belangrijk dat er geen of minimale kosten verbonden zijn aan het gebruik van de vragenlijsten. Een belangrijk criterium voor selectie van onze vragenlijsten is daarom geweest dat deze beschikbaar waren in het publieke domein.

Stemmings-, Angst- en Somatoforme (SAS-) stoornissen

De meerderheid van de patiënten van het LUMC en een aanzienlijk aantal patiënten van Rivierduinen worden behandeld voor SAS-stoornissen. Schattingen van de life-time prevalentie in Nederland bedragen ruim 19% voor de groep stemmings- en angststoornissen. Minder duidelijk is de prevalentie van somatoforme stoornissen, maar schattingen van de prevalentie zijn ook relatief hoog (± 16%). SAS-aandoeningen komen vaak voor als comorbide stoornissen: depressie gaat vaak gepaard met angst en patiënten met een angststoornis zijn ook vaak somber gestemd. Ook kunnen bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen en middelenmisbruik naast SAS-stoornissen voorkomen.

SAS-aandoeningen zijn de meest frequent waargenomen psychische stoornissen in de eerste lijn (bij de huisarts). De ziektelast is zeer groot, met de depressieve stoornis als de meest belangrijke bijdrage aan de wereldwijde ziektelast.

Referentiewaarden

Referentiewaarden worden gebruikt voor variabelen die kwantitatief worden beoordeeld, zoals lichaamstemperatuur of ernst van de depressie. Referentiewaarden worden bepaald in een referentiepopulatie. De selectie van de referentiepopulatie en de definitie van de referentiewaarden zijn van de referentiepopulatie en de definitie van de referentiewaarden zijn belangrijk. De referentiepopulatie moet bestaan uit individuen met een goed gedefinieerde gezondheidstoestand. Gezondheid kan worden gedefinieerd op verschillende manieren: medisch en statistisch. De medische benadering beschouwt gezondheid als afwezigheid van pathologie, in absolute termen, of op zijn minst van een bepaald type van pathologie. Zo worden mensen met die aandoening uitgesloten van de referentiepopulatie. Wanneer volgens deze medische benadering referentiewaarden voor bijvoorbeeld depressie bepaald worden, zullen depressieve patiënten uitgesloten worden van de referentiepopulatie. De statistische benadering is gebaseerd op de verdeling van de scores van een variabele in een totale referentiepopulatie, inclusief personen die toevallig hoog scoren op die variabele. In

de statistische benadering worden scores in de centrale 95% meestal beschouwd als gezond; extreem hoge of lage scores worden als afwijkend gezien. Voor veel ROM-variabelen, zoals de ernst van een depressie, is alleen een extreem hoge score afwijkend. (Een hogere score op een vragenlijst betekent immers méér psychopathologie. Heel lage scores hebben daarom geen speciale betekenis.) In dergelijke gevallen wordt 'afwijkend' beperkt tot de top 5% van de verdeling. Personen met verhoogde niveaus van psychopathologie worden niet uitgesloten van de referentiegroep, want anders zou een te gezonde ('supernormale') steekproef gecreëerd worden. De resulterende referentiewaarden zouden overdreven streng zijn. Van de psychiatrisch zieke populatie echter, kan de onderste 5% van de scores worden beschouwd als 'afwijkend': hun symptomen zijn subsyndromal geworden – er zijn nog wel klachten, maar men is niet meer ernstig ziek. In deze studie werd de statistische benadering gevolgd.

We berekenden percentiel scores als referentiewaarden. In een scheve verdeling, zoals we die (terecht, naar later bleek) verwachtten voor de ROM-referentiegroep, zijn deze meer zinvol dan de vaak gebruikte gemiddeldes en standaarddeviaties. Om vergelijking met de internationale literatuur mogelijk te maken, hebben we echter gemiddeldes en standaarddeviaties wel bepaald.

Samenvatting van de belangrijkste bevindingen

Dit is de eerste in Nederland uitgevoerde studie van deze omvang die als doel heeft referentiewaarden te genereren voor SAS-vragenlijsten. Hoofdstuk 2 beschrijft de doelstellingen, het design en de methodieken van deze studie. Twee groepen werden geïncludeerd. De eerste groep, de ROM-patiëntengroep, bestond uit 5.269 patiënten die voor een of meer SAS-stoornissen behandeld werden op de polikliniek van het LUMC of bij de Zuid-Hollandse instelling voor geestelijke gezondheidszorg Rivierduinen. De patiënten, in de leeftijd van 18-65 jaar, werden gescreend als onderdeel van de routine intakeprocedure. De tweede groep, de ROM-referentiegroep, bestond uit 1302 huisartspatiënten, ook tussen 18 en 65, geregistreerd bij een van de acht deelnemende huisartsen, maar niet per se onder behandeling. Deze personen kunnen worden beschouwd als een steekproef van de algemene bevolking, aangezien in Nederland 99,9% van de bevolking staat ingeschreven bij een huisarts. De ROM-referentiegroep en de ROM-patiëntengroep waren vergelijkbaar in termen van geslacht, leeftijdsopbouw en het wonen in een stad of een dorp. Gegevens die werden verzameld bestonden uit een gestandaardiseerd diagnostisch interview (MINI-Plus 5.0.0) en uit enkele beoordelingsschalen (BAS, MADRS). Daarnaast werden door de patiënt of deelnemer een aantal zelfrapportage vragenlijsten ingevuld. De interviewers werden uitgebreid getraind en begeleid, waardoor de interbeoordelaars-betrouwbaarheid en validiteit van de metingen geoptimaliseerd werden.

In de hoofdstukken 3 tot en met 6 worden de gevonden referentiewaarden voor de 18 (reeds bestaande) vragenlijsten besproken. De belangrijkste referentiewaarden betreffen het 95ste percentiel van de huisartspatiënten (P_{95} ROM-referentiegroep) en het 5de percentiel

van de psychiatrische patiënten (P_5 ROM-patiëntengroep). Deze zijn weergegeven in Tabel I en Tabel II van de Appendix. Deze referentiewaarden kunnen een verantwoordelijke, klinische besluitvorming met betrekking tot het initiëren, aanpassen of beëindigen van de behandeling ondersteunen. Daarnaast kunnen ze beslissingen ondersteunen met betrekking tot het doorverwijzen van patiënten uit de GGZ (gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg) terug naar de huisarts en andersom van de huisartspraktijk naar de GGZ.

De 18 vragenlijsten omvatten de volgende 4 clusters:
1) Vier generieke vragenlijsten: Brief Symptom Inventory (BSI), Mood & Angst Symptom Questionnaire 30-item (MASQ-D30), Short Form 36 (SF36) en Dimensional Assessment of Personality Pathology–short form (DAPP-SF)

2) Drie vragenlijsten die depressie meten: Beck Depressie Inventory-II (BDI-II), Inventory of Depressive Symptomatology - Self-Report (IDS-SR) en Montgomery Åsberg Depressie Rating Scale (MADRS);

3) Acht vragenlijsten die angst meten: Brief Scale for Angst (BSA), PADUA Inventory Revised (PI-R), Panic Appraisal Inventory (PAI), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), Worry Domains Questionnaire (WDQ), Social Interaction and Angst Scale (SIAS), Social Phobia Scale (SPS), and Impact of Event Scale – Revised (IES-R);

4) Drie vragenlijsten die somatoforme stoornissen meten: Body Image Concern Inventory (BICI), Whitely Index (WI) en Checklist Individual Strength (CIS20R).

Het eerste en tweede cluster vragenlijsten werden aangeboden aan alle ROM-referentiegroep deelnemers. Vervolgens beantwoordde 50% van deze groep het cluster met de vragenlijsten die angst meten, de andere 50% vulde de vragenlijsten in die somatoforme stoornissen meten. Alle ROM-patiënten werd het cluster generieke vragenlijsten aangeboden, ongeacht hun stoornis. De stoornisspecifieke clusters werden alleen aangeboden aan die patiënten die met de betreffende stoornis(sen) gediagnosticeerd werden.

100%	
Generieke vragenlijsten: - Brief Symptom Inventory (BSI) - Mood & Anxiety Symptom Questionnaire 30-item (MASQ-D30) - Short Form 36 (SF36) - Dimensional Assessment of Personality Pathology–short form (DAPP-SF) **Depressie vragenlijsten:** - Beck Depression Inventory-II (BDI-II) - Inventory of Depressive Symptomatology - Self-Report (IDS-SR) - Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS);	
50%	**50%**
Angst vragenlijsten: - Brief Scale for Anxiety (BSA) - PADUA Inventory Revised (PI-R) - Panic Appraisal Inventory (PAI) - Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) - Worry Domains Questionnaire (WDQ) - Social Interaction and Anxiety Scale (SIAS) - Social Phobia Scale (SPS) - Impact of Event Scale – Revised (IES-R)	**Somatoforme vragenlijsten:** - Body Image Concern Inventory (BICI) - Whitely Index (WI) - Checklist Individual Strength (CIS20R)

De gegevens illustreren sekse-specifieke resultaten. Er was een tendens voor vrouwen in de ROM-referentiegroep om hoger te scoren (en dus meer klachten te rapporteren) op alle vragenlijsten, behalve op de DAPP-SF. Het onderscheidend vermogen van de generieke vragenlijsten was goed met uitzondering van dezelfde DAPP-SF, die daar niet voor ontworpen is. De stoornisspecifieke vragenlijsten lieten een zeer goed onderscheidend vermogen zien. De interne consistentie varieerde van voldoende tot uitstekend voor alle totaalscores.

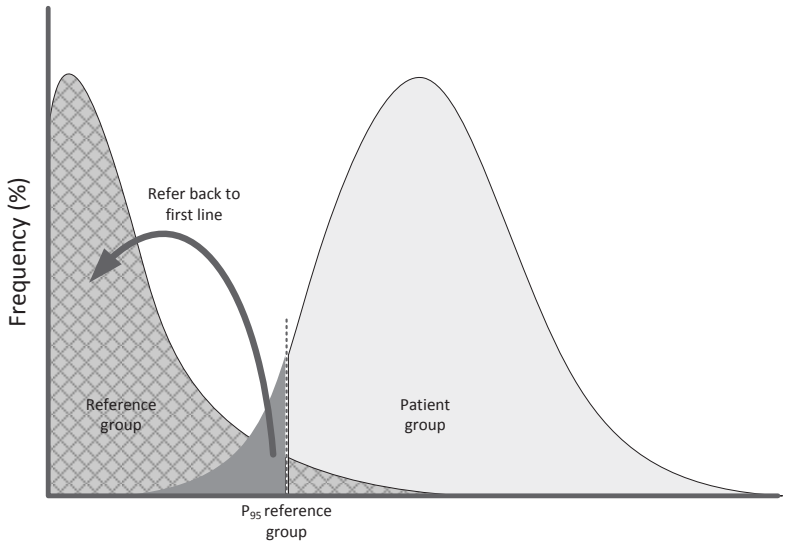
Hoofdstuk 7 beschrijft de ontwikkeling en validatie van onze nieuw ontwikkelde publieke domein vragenlijst, de 48-item Symptom Questionnaire (SQ-48). De SQ-48 werd ontwikkeld als generieke, multidimensionale vragenlijst. Het onderscheidend vermogen van de vragenlijst blijkt goed te zijn. De resultaten tonen een goede interne consistentie en goede convergente en divergente validiteit. Uiteraard werden ook voor deze SQ-48 referentiewaarden bepaald. De belangrijkste zijn weergegeven in de eerder genoemde Tabel I en Tabel II van de Appendix.

Klinisch gebruik van de referentiewaarden

Referentiewaarden kunnen aangeven of een patiënt voldoende hersteld is zodat de volgende stap in de behandeling gezet kan worden. Clinici in de GGZ kunnen bepaalde cut-off-waarden gebruiken om hun beslissingen te ondersteunen met betrekking tot beëindiging van de behandeling en mogelijke terugverwijzing naar de huisarts. Andersom kunnen huisartsen een (andere) set van cut-off-waarden gebruiken die hun beslissing met betrekking tot doorverwijzing naar de GGZ ondersteunen. Zo is de keuze van de cut-off-waarden afhankelijk van het doel waarvoor de cut-off-waarden gebruikt gaan worden.

Beslissingen betreffende het beëindigen van de GGZ behandeling en het mogelijk terugverwijzen naar de huisarts

Men zou kunnen stellen dat patiënten in behandeling gaan wanneer ze deel zijn gaan uitmaken van een patiënten-(klinisch zieke) populatie. Andersom kan beëindiging van de behandeling en terugverwijzing worden overwogen wanneer de patiënt niet langer deel uitmaakt van die zieke populatie, maar gaat behoren tot de referentie-('gezonde') populatie qua klachtenpatroon. Daarom is 'gezondheid' de conditie die moet worden opgespoord. Dit is het geval wanneer de patiënt behoort tot de range van 95% 'normalen' van de ROM-referentiegroep, want we definiëren 5% van de uiterste waarnemingen aan de hoge kant van de verdeling van de ROM-referentiegroep scores als afwijkend. De cut-off-waarde die de top 5% van de ROM-referentiegroep markeert, is gelijk aan de 95ste percentiel score: de P_{95} ROM-referentiegroep (zie Figuur 9.1). Deze cut-off-waarde kan worden beschouwd als een betrouwbare indicator voor de symptomatische gezondheid, omdat die zelden gezondheid mist bij diegenen die daadwerkelijk psychiatrisch gezien gezond zijn. Echter, hoge sensitiviteit voor gezondheid is gekoppeld aan lage sensitiviteit voor ziekte. Het nadeel van de lage sensitiviteit voor ziekte (met veel fout-negatieve resultaten) kan valse geruststelling over de afwezigheid van ziekte zijn. In Tabel 9.1 zijn de P_{95} ROM-referentiegroep cut-off-waarden van de 18 bestaande ROM-vragenlijsten en van de SQ-48 weergegeven.



Figuur 9.1: De cut-off-waarde die relevant is voor terugverwijzing naar de huisarts. GGZ-behandeling van een patiënt kan beëindigd worden wanneer de patiënt niet langer tot de patiëntenpopulatie behoort maar in plaats daarvan tot de referentiepopulatie: dit is onder de cut-off-waarde P_{95} ROM-referentiegroep.

Terugverwijzing naar de huisarts kan geïndiceerd zijn zelfs wanneer de patiënt nog enige restsymptomen heeft. Dit strookt met het feit dat een aanzienlijk deel van de huisartspatiënten wel enige klachten of symptomen heeft. Daarnaast kan terugverwijzing naar de huisarts worden geïndiceerd voor patiënten met terugkerende depressies voor de behandeling van eventuele resterende stemmingsklachten.

In Tabel 9.1 van de Appendix zijn de belangrijkste cut-off-waarden, de P_{95} ROM-referentiegroepwaarden, weergegeven voor de 18 reeds bestaande ROM- vragenlijsten plus de SQ-48. In vergelijking met eerder gepubliceerde cut-off-waarden zijn deze waarden over het algemeen hoger. Dit betekent dat een patiënt eerder in aanmerking zal komen voor terugverwijzing naar de huisarts en met meer restverschijnselen dan voorheen.

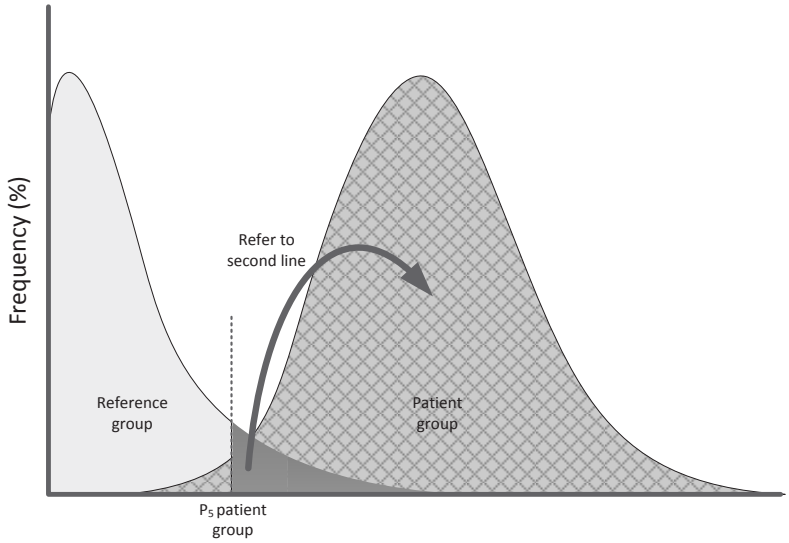
Er zijn patiënten die ondanks behandeling continu hoge ernstscores blijven houden. Het kan zijn dat voor hen de behandeling niet (langer) effectief is. Eerder gepubliceerde cut-off-waarden zouden suggereren dat deze patiënten nog niet klaar zijn om te worden terugverwezen naar de huisarts, terwijl onze cut-off-waarden een dergelijke beslissing wel zouden steunen. Aan de andere kant wil men niet dat de huisartspatiëntenpopulatie vergroot wordt met patiënten met veel restsymptomen en het daarbij horende verhoogde risico op terugval. De ROM-referentiegroep cut-off-waarden kunnen het maken van een goede afweging ondersteunen.

Beslissingen betreffende eventuele doorverwijzing vanuit de huisarts naar de GGZ

Doorverwijzing naar de GGZ kan aan de orde zijn wanneer de huisartspatiënt meer vergelijkbaar is met de patiëntenpopulatie dan met de referentiepopulatie. 'Ziekte' is dan de conditie die moet worden gedetecteerd. Dit is het geval wanneer de huisartspatiënt behoort tot de range van 95% 'zieken' van de ROM-patiëntengroep, want we definiëren 5% van de uiterste waarnemingen aan de lage kant van de verdeling van de ROM-patiëntengroepscores als afwijkend, ofwel gezond. De cut-off-waarde die de laagste 5% van de ROM-patiëntengroep markeert, is gelijk aan de 5^{de} percentielscore: de P_5 ROM-patiëntengroep (zie Figuur 9.2). Deze cut-off-waarde vertegenwoordigt hoge sensitiviteit voor psychopathologie. In Tabel 9.2 zijn de P_5 ROM-patiëntengroep cut-off-waarden van de 18 bestaande ROM vragenlijsten en van de SQ-48 weergegeven.

Bij gebruik van de P_5 ROM-patiëntengroepwaarden voor verwijzing naar de GGZ moet een aantal zaken in overweging worden genomen. De P_5 cut-off-waarde is zeer gevoelig voor de ziekte. Het kan worden beschouwd als een betrouwbare ondersteuning van de besluitvorming als het resultaat negatief is, omdat echte positieven (met psychopathologie) zelden worden gemist onder degenen die een positieve testuitslag hebben (d.w.z. dat de meeste zieke mensen ook als zodanig herkend worden). Echter, een hoge sensitiviteit is steeds gerelateerd aan een lage specificiteit. Lage specificiteit (d.w.z. veel fout positieve resultaten) houdt in dat relatief veel personen verdacht worden van een diagnose terwijl zij de ziekte niet

hebben. Bovendien kan het leiden tot extra tests en eventuele behandelingen die niet nodig of zelfs schadelijk kunnen zijn. of zelfs schadelijk kunnen zijn.



Figuur 9.2: De cut-off-waarde die relevant is voor verwijzing naar de GGZ. Patiënten kunnen daar behandeld worden wanneer ze niet langer deel uitmaken van de referentiepopulatie maar van de patiëntenpopulatie: dit is boven de cut-off-waarde P_5 ROM-patiëntengroep.

De afweging of doorverwijzing naar de GGZ nodig is, kan moeilijk zijn vanwege de vaak relatief subjectieve aard van psychiatrische klachten. Bij depressieve klachten kan de stoornis onopgemerkt en onbehandeld blijven. De oorzaak zou kunnen zijn dat huisartsen geneigd zijn meer in te spelen op het algemene niveau van onwelzijn dan de formele criteria voor depressie te testen. Een ander obstakel voor doorverwijzing naar de GGZ zouden bezwaren van de patiënt tegen de verwachte langdurige behandeling kunnen zijn. De referentiewaarden van de -studie kunnen klinische beslissingen ondersteunen m.b.t. een eventuele doorverwijzing naar de GGZ.

Algemene discussie

In onze analyses zagen we sekseverschillen in referentiewaarden in de ROM-referentiegroep: in vergelijking met mannen rapporteerden vrouwen ernstigere symptomen, zoals gemeten met de meeste observationele en zelfrapportageschalen voor algemene psychopathologie, depressie, angst en de stoornis in de lichaamsbeleving. Er werden geen sekseverschillen gevonden voor de persoonlijkheidsvragenlijst, de hypochondrievragenlijst en de chronischevermoeidheidsvragenlijst. Deze bevindingen waren niet onverwacht, aangezien sekseverschillen vaak worden beschreven in de literatuur zowel voor goed gedefinieerde

patiëntengroepen als voor de algemene bevolking. Vrouwen rapporteren twee keer zoveel depressieve of angstklachten als mannen. Geslacht kan worden gerelateerd aan een aantal omgevingsfactoren en andere aspecten van psychopathologie zoals stressoren en de mate van blootstelling hieraan. Deze beïnvloeden een eventueel begin van de ziekte, hoe symptomen worden uitgedrukt, of patiënten hulp zoeken en hoe ze worden behandeld in de geestelijke gezondheidszorg. De vraag is wat er precies verschillend is tussen mannen en vrouwen. Zijn het de symptomen zelf, de gevoeligheid voor symptomen, de manier van presenteren, of de maatstaven voor wat nog acceptabel is m.b.t. psychische klachten? Krijgen (of nemen) vrouwen meer de gelegenheid om psychische klachten te bespreken bij de GGZ? De literatuur lijkt erop te wijzen dat het traditionele masculiene genderrol stereotype de belangrijkste factor is. Of zijn de verschillen veroorzaakt door de vragenlijsten en de criteria die worden gehanteerd in de geestelijke gezondheidszorg? Het gebruik van sekse-specifieke referentiewaarden voor generieke en SAS-vragenlijsten is echter open voor discussie. Als wordt aangenomen dat de cut-off-waarde P_{95} ROM-referentiegroep lager voor mannen zou zijn, zou het impliceren dat vrouwen, behandeld in de GGZ, eerder zouden kunnen worden terugverwezen naar de eerste lijn. Ze hebben dan gemiddeld meer restverschijnselen dan mannen.

Ook het effect van leeftijd op de referentiewaarden werd bestudeerd. Aangezien een duidelijk algemene leeftijdseffect ontbrak, hebben we besloten dit niet verder in detail te beschrijven.

De ROM-vragenlijsten zijn primair bedoeld voor de ernstmeting van de SAS-aandoeningen. Een bijkomend doel van de NormQuest-studie was om te testen of deze vragenlijsten het diagnostische proces kunnen ondersteunen. Het onderscheidend vermogen, indicatief voor de diagnostische mogelijkheden van vragenlijsten, bleek voor de meeste generieke vragenlijsten (behalve de DAPP-SF) goed te zijn en voor alle 14-stoornis-specifieke vragenlijsten was het uitstekend. Dus, hoewel de vragenlijsten in deze studie niet ontworpen zijn voor hun diagnostische waarde maar voor ernstmeting, suggereren de goede prestaties toch dat deze vragenlijsten (behalve DAPP-SF) het diagnostische proces wel kunnen ondersteunen. Deze vragenlijsten kunnen echter de MINI-Plus als diagnoseinstrument niet vervangen. De MINI-Plus richt zich op algemene psychopathologie, distress of algemeen functioneren. Het klinisch oordeel blijft natuurlijk een essentieel onderdeel vormen van deze observatielijst voor het stellen van de klinische hoofddiagnose. De MINI-Plus kan bovendien gebruikt worden bij patiënten met meer dan één aandoening.

Onze bevindingen zijn gedaan bij volwassenen tussen de 18 en 65 jaar oud. Toekomstig onderzoek zal daarom referentiewaarden voor kinderen en ouderen moeten bepalen. Daarnaast zou verder onderzocht kunnen worden of de arbitraire grens van 95% van een populatie als ‘normaal’ te definiëren (en 5% als ‘abnormaal’) gerechtvaardigd is. Referentiewaarden zijn al veel gebruikt in een groot deel van de medische wereld, maar minder in de geestelijke gezondheidszorg. Verder onderzoek naar de implementatie van ROM en de geleverde referentiewaarden zijn noodzakelijk.

Tabel 9.1: Cut-off-waarden voor de GGZ die beslissingen t.a.v. terugverwijzing naar de huisarts kunnen ondersteunen - P_{95} ROM-referentiegroep.

Vragenlijst	Domein	Cut-off
Symptom Questionnare 48 items (SQ-48)	Generiek	
Aggressie (AGGR)		5.0
Agorafobie (AGOR)		2.0
Angst (ANXI)		11.2
Cognitieve klachten (COGN)		11.0
Depressie (MOOD)		8.0
Somatische klachten (SOMA)		8.0
Sociale fobie (SOPH)		9.0
Vitaliteit/optimisme (VITA)		15.0
Brief Symptom Inventory (BSI)	Generiek	0.68
Mood & Anxiety Symptom Questionnaire 30-item (MASQ-D30)	Generiek depressie/angst	
Non-specifieke symptomen (NA)	depressie	23
Anhedonie (PA)	angst	29
Fysiologische hyperarousal (SA)		17
Short Form 36 (SF36 of RAND36)*	Generiek	
Fysiek Functioneren	Kwaliteit van leven	65
Beperkingen functioneren tgv lichamelijke klachten		13
Pijnklachten		54
Sociaal Functioneren		63
Geestelijke gezondheid		56
Beperkingen functioneren tgv emotionele klachten		33
Vitaliteit		40
Algemene gezondheidsbeleving		45
Dimensional Assessment of Personality Pathology–short form (DAPP-SF)	Generiek	
Volgzaam (bedeesdheid)	Persoonlijkheid	3.50
Cognitieve vertekening		2.33
Identiteitsproblemen		2.70
Affectieve labiliteit/onstabiliteit		3.50
Behoefte aan prikkels		3.38
Dwangmatigheid		4.00
Gesloten		3.63
Gebrekkige empathie		2.60
Passief-agressief		3.20
Niet gesteld op intimiteit		3.38
Dominantie		3.75
Bezorgdheid/angstig		3.50
Gedragsproblemen		2.13
Gebrek aan vertrouwen in de medemens		2.15
Sociale ontwijking		3.33
Narcisme		3.50
Onveilige hechting		3.33
Zelfbeschadiging		1.50
Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	Depressie	13
Inventory of Depressive Symptomatology - Self-Report (IDS-SR)	Depressie	20
Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	Depressie	11
Brief Anxiety Scale (BAS)	Angststoornis	11
PADUA Inventory Revised (PI-R)	OCS	43
Paniek Opinie Lijst (POL)	Paniekstoornis	37
Paniekverwachting		47
Catastrofale gevolgen van paniek (Total):		
Maten van zelfvertrouwen in omgaan met paniek		65
Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)	Piekeren (patholog.)	66
Worry Domains Questionnaire (WDQ)	Piekeren (normaal)	74
Social Interaction and Anxiety Scale (SIAS)	Sociale angst	32
Social Phobia Scale (SPS)	Sociale angst	19
Impact of Event Scale – Revised (IES-R)[1] Total	PTSS	36
Body Image Concern Inventory (BICI)	Lichaamsbeleving	55
Whitely Index (WI)	Hypochondrie	6
Checklist Individuele Spankracht (CIS20R)	Chron. vermoeidheid	92

ROM - routine outcome monitoring; OCS - obsessief compulsieve stoornis; PTSS - posttraumatische stress stoornis.
*: P_5 ROM referentiegroep en P_{95} ROM patiëntengroep, aangezien hogere scores een beter functioneren aangeven

Table 9.2: Cut-off-waarden voor huisartsen die beslissingen t.a.v. verwijzing naar de GGZ kunnen ondersteunen - P_5 ROM-patiëntengroep

Vragenlijst	Domein	Cut-off
Symptom Questionnare 48 items (SQ-48)	Generiek	
Aggressie (AGGR)		0.0
Agorafobie (AGOR)		0.0
Angst (ANXI)		2.0
Cognitieve klachten (COGN)		3.0
Depressie (MOOD)		1.0
Somatische klachten (SOMA)		0.0
Sociale fobie (SOPH)		0.0
Vitaliteit/optimisme (VITA)		6.0
Brief Symptom Inventory (BSI)	Generiek	0.34
Mood & Anxiety Symptom Questionnaire 30-item (MASQ-D30)	Generiek	
Non-specifieke symptomen (NA)	depressie	17
Anhedonie (PA)	angst	17
Fysiologische hyperarousal (SA)		18
Short Form 36 (SF36 of RAND36)*	Generiek	
Fysiek Functioneren	Kwaliteit van leven	100
Beperkingen functioneren tgv lichamelijke klachten		100
Pijnklachten		100
Sociaal Functioneren		88
Geestelijke gezondheid		76
Beperkingen functioneren tgv emotionele klachten		100
Vitaliteit		65
Algemene gezondheidsbeleving		90
Dimensional Assessment of Personality Pathology–short form (DAPP-SF)	Generiek	
Volgzaam (bedeesdheid)	persoonlijkheid	1.25
Cognitieve vertekening		1.00
Identiteitsproblemen		1.33
Affectieve labiliteit/onstabiliteit		1.63
Behoefte aan prikkels		1.00
Dwangmatigheid		1.38
Gesloten		1.75
Gebrekkige empathie		1.00
Passief-agressief		1.40
Niet gesteld op intimiteit		1.13
Dominantie		1.13
Bezorgdheid/angstig		1.67
Gedragsproblemen		1.00
Gebrek aan vertrouwen in de medemens		1.00
Sociale ontwijking		1.17
Narcisme		1.10
Onveilige hechting		1.00
Zelfbeschadiging		1.00
Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	Depressie	14
Inventory of Depressive Symptomatology - Self-Report (IDS-SR)	Depressie	18
Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	Depressie	11
Brief Anxiety Scale (BAS)	Angststoornis	6
PADUA Inventory Revised (PI-R)	OCS	20
Paniek Opinie Lijst (POL)	Paniekstoornis	
Paniekverwachting		14
Catastrofale gevolgen van paniek (Total):		10
Maten van zelfvertrouwen in omgaan met paniek		29
Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)	Piekeren (patholog.)	48
Worry Domains Questionnaire (WDQ)	Piekeren (normaal)	44
Social Interaction and Anxiety Scale (SIAS)	Sociale angst	18
Social Phobia Scale (SPS)	Sociale angst	11
Impact of Event Scale – Revised (IES-R)[1] Total	PTSS	19
Body Image Concern Inventory (BICI)	Lichaamsbeleving	39
Whitely Index (WI)	Hypochondrie	5
Checklist Individuele Spankracht (CIS20R)	Chron. vermoeidheid	74

ROM - routine outcome monitoring; OCS - obsessief compulsieve stoornis; PTSS - posttraumatische stress stoornis.

*: P_5 ROM referentiegroep en P_{95} ROM patiëntengroep, aangezien hogere scores een beter functioneren aangeven