



Voorwoord

Ter afronding van mijn studie Klinische en Gezondheidspsychologie aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam heb ik deze thesis geschreven. Dankzij Antoon van Baars, onderzoeker aan het Erasmus MC, heb ik de kans gekregen mijn eigen onderzoek uit te voeren. Ik heb hiervoor meegelopen met het al bestaande RM-onderzoek, dat uitgevoerd wordt door de afdeling psychiatrie aan het Erasmus MC te Rotterdam. Deelnemende aan dit onderzoek was het voor mij mogelijk data te verzamelen over psychiatrische patiënten met behulp van verschillende meetinstrumenten. Middels gesprekken met verscheidene patiënten, hun mantelzorgers en hun behandelaars, heb ik de Kennedy As V en een aantal andere meetinstrumenten kunnen invullen en interpreteren. Uiteindelijk heb ik de Kennedy As V vergeleken met deze andere meetinstrumenten en zo onderzocht in welke mate deze nieuwe As betrouwbaar en valide is. In de VS wordt de Kennedy As V al veelvuldig gebruikt en lijkt hij zelfs de plaats in te gaan nemen van de huidige As V in de komende DSM-V. Aangezien er nog relatief weinig onderzoek gedaan is naar dit nieuwe meetinstrument, leek het mij zeer interessant deze kans te benutten en me hierin te verdiepen.

Graag wil ik Eric Rassin, universitair hoofddocent klinische psychologie, bedanken voor zijn begeleiding en inzet bij het schrijven van de thesis en het analyseren van de SPSS-data. Ook wil ik Antoon van Baars bedanken voor zijn begeleiding en hulp gedurende het onderzoek.

Verder wil ik heel graag mijn medeonderzoekers, Christa de Koning, Nathalie Bax, Bas van Son, Joan van Bussel, Christien Riep en Dewa Westerman bedanken voor hun hulp bij het samen uitvoeren van de metingen. En als laatste natuurlijk alle patiënten, mantelzorgers en behandelaars die hebben deelgenomen aan het onderzoek.

Cindy Ebben

Erasmus Universiteit Rotterdam

April, 2007

Inhoudsopgave

<i>Samenvatting</i>	4
<i>Inleiding</i>	5
- Het ziektebeeld van psychiatrische patiënten	5
- Het zorgaanbod voor psychiatrische patiënten	5
- Diagnosticering	8
- De Kennedy As V	8
- Aanleiding Onderzoek	10
<i>Methode</i>	12
- Proefpersonen	12
- Meetinstrumenten	12
- De Health of Nation Outcome Scales	12
- De Risk for Violence Scale; HCR-20	13
- De Brief Psychiatric Rating Scale	14
- De Schaal voor Gevaar	15
- De Global Assessment of Functioning Scale	15
- Procedure	16
- Data-analyse	17
<i>Resultaten</i>	18
- Data	18
- Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	18
- Concurrente validiteit	19
- Verschilcores Kennedy As V	20
<i>Discussie</i>	22
- Validiteit	22
- Betrouwbaarheid	23
- Beperkingen	23
<i>Conclusie</i>	25
<i>Referentielijst</i>	27

Samenvatting

Inleiding

In dit onderzoek zijn bij psychiatrische patiënten diverse meetinstrumenten afgenomen. Het doel is om de betrouwbaarheid en validiteit van het relatief nieuwe meetinstrument de Kennedy As V te onderzoeken. In eerder verschenen literatuur is gesuggereerd dat dit meetinstrument een breder beeld van het functioneren zou geven dan de Global Assessment of Functioning scale (GAF). Er is echter nog relatief weinig onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid en validiteit van dit meetinstrument.

Methode

Tijdens het onderzoek zijn bij patiënten met ernstige psychiatrische symptomen verschillende meetinstrumenten afgenomen. Deze meetinstrumenten zijn de Kennedy As V, de HCR20, de BPRS, de GAF, de HoNOS en de Schaal voor Gevaar. Ze zijn alle vergeleken met de Kennedy As V. Hiernaast zijn bij 24 patiënten metingen op de Kennedy As V afgenomen door twee verschillende beoordelaars.

Resultaten

Voor de Kennedy As V is een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en concurrente validiteit gevonden. De verschillen van de gebruikte meetinstrumenten hebben geen significant resultaat opgeleverd. De scores op de Kennedy As V bleken, in tegenstelling tot de scores op de HoNOS, de GAF en de HCR20 wel significant te stijgen na een half jaar.

Discussie/Conclusie

Uit het onderzoek is door de ontbreking van een controlegroep geen eenduidige conclusie te trekken. Uit de resultaten zou opgemaakt kunnen worden dat de Kennedy As V een valide en betrouwbaar meetinstrument is. Hieruit zou kunnen worden afgeleid dat de Kennedy As V een goede vervanger van de GAF is. De Kennedy As V geeft een breder beeld van het functioneren van een patiënt op verschillende deelgebieden dan de GAF. Hiernaast heeft het een voorspellende waarde met betrekking tot gewelddadigheid. Om meer duidelijkheid te krijgen over de mogelijke rol die het meetinstrument kan spelen in het verbeteren van het zorgaanbod, is meer onderzoek nodig.

Inleiding

De afgelopen decennia is het aanbod van psychiatrische zorg in de Westerse maatschappij sterk gestegen, doordat betere behandelmogelijkheden en een verbeterd zicht op het ziektebeeld van psychiatrische patiënten ontstaan is. Het is van belang dat deze stijging zich voortzet, zodat psychiatrische patiënten de hulp kunnen krijgen die zij nodig hebben. Om een beter zicht op ziektebeelden van patiënten te kunnen verkrijgen en een passend zorgaanbod te kunnen bieden, is het belangrijk dat juiste diagnoses gesteld worden. Het stellen van de juiste diagnoses hangt sterk samen met het meetinstrument dat hiervoor gebruikt wordt. In dit onderzoek wordt de betrouwbaarheid, de validiteit en de meerwaarde van de Kennedy As V boven de GAF onderzocht.

Het ziektebeeld van psychiatrische patiënten

Het zicht op het ziektebeeld van psychiatrische patiënten is, in vergelijking met een aantal decennia geleden, sterk gestegen. Er zijn onder andere duidelijke omschrijvingen van abnormaal functioneren geformuleerd. Het abnormaal functioneren kan door de patiënt zelf of door de omgeving als ziekte (medisch afwijkend), als immoreel (ethisch afwijkend), als crimineel (juridisch afwijkend), of als zondig (religieus afwijkend) beschouwd worden (Deproost, 1998). Onder het medisch afwijkend functioneren in algemene zin vallen zowel de lichamelijke als de psychiatrische- en persoonlijkheidsstoornissen. Deze stoornissen kunnen in dermate ernst optreden dat behandeling noodzakelijk is. Dit kan vrijwillig, maar in sommige gevallen zal deze behandeling onvrijwillig moeten plaatsvinden. Onvrijwillige behandeling zal plaatsvinden wanneer het ziekte-inzicht bij de patiënt ontbreekt, maar wel sprake is van direct gevaar voor anderen, de maatschappij, of voor de patiënt zelf, als gevolg van de stoornis.

Het zorgaanbod voor psychiatrische patiënten

De laatste jaren is in het zorgaanbod een verschuiving ontstaan van paternalistisch ingestelde zorg naar zorg waarbij de autonomie van de patiënt een belangrijk uitgangspunt is (Reinders, Widdershoven & Bruggen, 2005). In de zorg voor klinisch opgenomen patiënten ontstaan echter, als er geen sprake is van, of twijfel bestaat over de wilsbekwaamheid, ook nieuwe ethische problemen (Reinders et al., 2005). Dit is bijvoorbeeld het geval bij de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (drang en dwang). Deze worden toegepast om fysieke schade te voorkomen. Interventies in de psychiatrie die gepaard kunnen gaan met dwang en drang, zoals separatie, fixatie en dwangmedicatie worden vaak door alle betrokkenen als ingrijpend ervaren.

Deze zorgen er echter wel voor dat patiënten, ondanks het gebrek aan ziektebesef, wel de zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben.

Volgens Schermer (2003) is *Drang* een methode om de patiënt te activeren voor het meewerken aan een behandeling. Bij drang wordt de patiënt voor een keuze gesteld. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt geweldadigheden uit naar anderen en sprake is van een geestesstoornis kan hem de keuze gesteld worden om in detentie te gaan of opgenomen te worden. Van *dwang* is volgens Schermer (2003) sprake wanneer de patiënt geen keuze meer gelaten wordt om aan een behandeling mee te werken. De patiënt wordt in dit geval verplicht. Wettelijk is betreffende drang in de psychiatrie niets vastgelegd. Dwang is in de gezondheidszorg wel wettelijk vastgelegd. Het onderscheid tussen drang, dwang en andere vormen van beïnvloeding ligt in de mate van de keuzevrijheid die de patiënt nog heeft. In de praktijk zullen dwang en drang echter niet altijd duidelijk van elkaar te scheiden zijn, maar geleidelijk in elkaar overgaan. Het ligt onder andere aan de omstandigheden en de individuele kenmerken van de patiënt wanneer iets als drang of als dwang wordt ervaren (Berghmans, 1997). Volgens Schermer (2003) zijn er twee belangrijke legitimeringsgronden te onderscheiden voor de beperking van keuzevrijheid door drang of dwang. Ten eerste het belang van derden of de maatschappij en als tweede legitimatiegrond noemt Schermer (2003) het belang of welzijn van de persoon zelf. Hiervan is sprake wanneer een psychiatrische patiënt suïcidaal is.

In het kader van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) zijn vrijheidsbeperkende maatregelen enkel geoorloofd als betrokkenen hiermee instemmen of bescherming noodzakelijk is om gevaar af te wenden (Reinders et al., 2005). De Wet BOPZ is een wijziging van de krankzinnigenwet uit 1884. Het belangrijkste verschil is dat de wet BOPZ de interne rechtspositie van de patiënt regelt. Daarnaast wordt de positie van de patiëntenvertrouwenspersoon erin erkend (Keurentjes, 2002). De Wet BOPZ begint met de regeling van de voorlopige machtiging. Dit is een machtiging die een rechter kan geven om iemand tegen zijn wil op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis. Een voorlopige rechterlijke machtiging heeft een tijdelijk karakter (maximaal zes maanden), maar kan resulteren in een verlenging (maximaal een jaar). In Nederland betekent een onvrijwillige opname niet dat een patiënt tegen zijn wil met medicatie behandeld kan worden. Slechts bij uitzondering mogen er volgens de Wet BOPZ tegen de wil van de patiënt of diens vertegenwoordiger middelen worden toegepast (Stolker, Hugenholtz, Heerdink, Nijman, Leufkens, & Nolen, 2003). Een rechterlijke machtiging wordt aangevraagd, wanneer een patiënt niet bereid is tot vrijwillige opname en voldoet aan twee voorwaarden (Klippe, 1981). Ten eerste moet de patiënt lijden aan een geestesstoornis. Men spreekt van een geestesstoornis wanneer er sprake is van een gebrekkige

ontwikkeling van de geestvermogens en/of wanneer sprake is van een stoornis van de geestvermogens (Keurentjes, 2002). Onder geestvermogens worden de vermogens om te denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen verstaan. Ten tweede moet deze stoornis van geestvermogens een gevaar veroorzaken. Wanneer alleen sprake is van een geestesstoornis of alleen van gevaar, bestaat er niet voldoende grond voor een (voorlopige) rechterlijke machtiging.

In de praktijk bestaan verschillende vormen van gevaar die als criteria gelden voor een rechterlijke machtiging (Bernardt, 1998). Onderscheiden kunnen worden: gevaar voor zichzelf; gevaar voor anderen; en gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Onder gevaar voor zichzelf wordt verstaan: gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel aan zal doen; gevaar dat betrokkene maatschappelijk ten onder gaat; gevaar dat betrokkene zichzelf ernstig zal verwaarlozen en het gevaar dat betrokkene met zijn hinderlijk gedrag agressie van anderen tegen zichzelf zal oproepen. Onder gevaar voor anderen wordt verstaan: gevaar dat betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen; gevaar voor de psychische gezondheid van een ander en het gevaar dat betrokkene een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen.

Een variant op de voorlopige rechterlijke machtiging is de inbewaringstelling (IBS). Deze gaat vaak vooraf aan de voorlopige rechterlijke machtiging en wordt van kracht wanneer spoedopname noodzakelijk is (Keurentjes, 2002). De IBS wordt, in tegenstelling tot de Rechterlijke Machtiging, afgegeven door de burgemeester.

Uit onderzoek is gebleken dat, in vergelijking met andere landen, in Nederland, Engeland en Duitsland het aantal gedwongen opnamen sinds 1990 sterk gestegen is. Als mogelijke verklaring wordt de, eerder genoemde, toename van zorg voor patiënten met een psychiatrische stoornis in deze landen genoemd (Priebe, Badesconyi, Fioritti, Hansson, Kilian, Torres-Gonzales, Turner & Wiersma, 2004). Therapeuten en specialisten zijn het erover eens dat het grootste deel van de gedwongen opnamen noodzakelijk was (Deraas, Hansen, Giaever, & Olstad, 2006). Dit kan gezien worden als rechtvaardiging voor de sterke stijging.

Gezien de ernst van de gedragingen die psychiatrische patiënten kunnen laten zien, is het, zoals vermeld, van groot belang dat deze doelgroep de juiste zorg krijgt. Het aanbieden van deze juiste zorg is onlosmakelijk verbonden met een betrouwbare diagnosticering.

Diagnosticering

Voor het stellen van juiste diagnoses zijn betrouwbare meetinstrumenten noodzakelijk. Diverse meetinstrumenten zijn hiervoor ontwikkeld. De meesten geven echter alleen een specifiek deel van het functioneren van een patiënt weer. Het ene meetinstrument kan bijvoorbeeld een goed beeld geven van het psychische functioneren van een patiënt, terwijl een ander meetinstrument zich voornamelijk richt op het risico voor geweld. Een overkoepelend meetinstrument is de Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (American Psychiatric Association, 2000). Deze brengt alle gebieden waarop een patiënt functioneert samen in een algemene score. De GAF is een bruikbaar meetinstrument in de behandeling van psychiatrische patiënten. Een nadeel van de GAF is echter dat het maar één score geeft. Hierdoor is het niet duidelijk op welk gebied een patiënt goed of slecht functioneert. Er is een nieuw meetinstrument ontworpen welke, in tegenstelling tot de GAF, een breder, overkoepelend beeld geeft van het functioneren van de patiënt, namelijk de Kennedy As V. Dit meetinstrument geeft, net als de GAF ook enkel één cijfer, maar betreft hierbij acht subschalen. Op deze wijze geeft de Kennedy As V een overzichtelijk beeld van het functioneren van patiënten op de verschillende subschalen. Naar dit nieuwe meetinstrument is nog in beperkte mate onderzoek gedaan en de betrouwbaarheid en validiteit ervan zijn nog niet bewezen. Het is van belang dat hier meer duidelijkheid over ontstaat, zodat dit meetinstrument een bijdrage kan bieden aan de diagnosticering van psychiatrische patiënten en daarmee het aanbod van zorg aan, en het zicht op het ziektebeeld van deze doelgroep verder kan verbeteren.

De Kennedy As V

De Kennedy As V is een meetinstrument dat kan worden toegepast op ieder individu (gezond of ziek) van elke leeftijd (Kennedy, 2003). Mensen met zeer uiteenlopende gedragingen op specifieke gebieden kunnen een vrijwel identieke score hebben op de Kennedy As V. Bijvoorbeeld: Iemand die slecht functioneert op sociaal gebied kan laag scoren op de Kennedy As V, maar hoeft geen verslavingsziekte te hebben. Iemand met dezelfde score functioneert mogelijk op sociaal gebied heel sterk, maar heeft, in tegenstelling tot de ander, wel een verslavingsziekte. Wanneer enkel de GAF score gegeven is, is nog niet duidelijk op welk gebied iemand slecht functioneert. De Kennedy As V geeft dit wel aan doordat dit meetinstrument klinische informatie geeft op zeven subschalen; 1: psychische problemen, 2: sociale vaardigheden, 3: gewelddadigheid, 4: ADL-functies en beroepsmatig functioneren, 5: middelenmisbruik, 6: somatische problemen en 7: bijkomende problemen. Hiernaast bevat de Kennedy As V een schaal voor gevaar die het risico op geweld van een patiënt voorspelt. Van alle subschalen

correleert de subschaal 'psychische problemen' het hoogst met de GAF-score. Deze subschaal wordt weer onderverdeeld in: geen symptomen; psychose; angst/depressie; antisociale trekken en gebrek aan motivatie. Binnen de Kennedy As V wordt naar het functioneren over een periode gekeken (Kennedy, 2003). Er wordt dus verder gekeken dan naar het wel of niet aanwezig zijn van symptomen gedurende het meetmoment. De subschaal sociale vaardigheden richt zich enkel op de vaardigheden van een patiënt. Hier worden symptomen, onwil, etc. buiten beschouwing gelaten. Bij de subschaal 'gewelddadigheid' wordt bewust geweld gemeten. Geweld als gevolg van een ongeluk of een ziekte (bijv. Alzheimer), wordt niet meegenomen in de meting. Onder de subschaal 'ADL-functies en beroepsmatig functioneren' vallen de vaardigheden die een individu vertoont in het dagelijkse leven, op academisch gebied of in zijn beroep. Slechte motivatie of de onmogelijkheid om de vaardigheden in te zetten, worden niet meegenomen in de meting. Onder de subschaal 'middelenmisbruik' vallen het gebruik van sigaretten, alcohol en drugs. Deze subschaal is soms moeilijk te scoren, omdat de patiënt mogelijk zijn gebruik ontkent of verzwijgt. De subschaal 'somatische problemen' scoort de mate van hoe ziektes het functioneren beperken. Onder de subschaal 'bijkomende problemen' vallen huisvestingsproblemen, financiële problemen en problemen met justitie. Door de onderverdeling in subschalen wordt voorzien in informatie die verloren gaat in de GAF (Kennedy, 2003). De Kennedy As V is een meetinstrument dat gedrag scoort op een schaal van 0 tot 100. De score 50 is echter niet gemiddeld. Gezonde mensen scoren gemiddeld 85 over de gehele Kennedy As V. Bij een score van 75 of lager wordt gesproken van een ondergemiddelde score. Dit betekent dat een persoon met een score van 75 of lager door een of meerdere subschalen, in die mate laag scoort dat hij in de praktijk ernstige nadelen ondervindt met betrekking tot zijn functioneren op een of meerdere vlakken (sociaal, lichamelijk, beroepsmatig, etc).

Voor de Kennedy As V gescoord kan worden, is een klinische beoordeling van de patiënt noodzakelijk, waarbij de geschiedenis van de patiënt ook betrokken wordt. Uit het relatief kleine aantal eerdere onderzoeken dat gedaan is naar de betrouwbaarheid en validiteit van de Kennedy As V, komt naar voren dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid significant is. De resultaten van een onderzoek van Bilezkian (1998) zijn in tabel 1 terug te vinden.

Tabel 1: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid-scores voor iedere subschaal van de Kennedy As V
(Bilezkian, 1998)

Meting	Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid-scores
Psychische problemen	.90
Sociale vaardigheden	.89
Gewelddadigheid	.80
ADL-functies en beroepsmatig functioneren	.87
Middelenmisbruik	.83
Somatische problemen	.91
Bijkomende problemen*	-
GAF	.93

De subschaal ‘bijkomende problemen’ is in het onderzoek niet opgenomen.

Uit de tabel kan afgeleid worden dat de subschaal ‘gewelddadigheid’ het laagst scoort. De reden die hiervoor wordt gegeven, is dat de personen die de test afnemen, moeite hebben met het feit dat vroeger zeer gewelddadig gedrag, en mild geweld in het heden, op dezelfde subschaal gescoord moeten worden.

Uit onderzoeken door Kennedy (2003) zelf is tevens een significante betrouwbaarheid naar voren gekomen. De gemiddelde afstand in scores door de personen die de test hebben afgenomen, is 15 op een schaal van 100.

Aanleiding onderzoek

Het doel van het onderzoek is een beeld van de betrouwbaarheid en validiteit van de Kennedy As V te verkrijgen. Wanneer meer duidelijkheid over deze betrouwbaarheid en validiteit bestaat, kan geconcludeerd worden of de Kennedy As V een betrouwbare vervanger is van de GAF en kan aansluitend het zorgaanbod voor psychiatrische patiënten mogelijk verbeterd worden. De onderzoeksvragen die in dit onderzoek onderzocht werden, luiden als volgt:

- Wat is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de Kennedy As V?
- Wat is de concurrente validiteit van de Kennedy As V?
- Wat zeggen de verschilcores op de twee meetmomenten van de Kennedy As V in vergelijking met de verschilcores van de andere gebruikte meetinstrumenten?

Bij iedere patiënt is de Kennedy As V door twee beoordelaars afgenomen. Hypothetisch zullen de beoordelaars die de training voor het afnemen van de Kennedy As V hebben gevolgd, bij elke patiënt hetzelfde scoren op deze schaal. Aangezien ze hetzelfde beogen te meten, zullen naar verwachting de scores op de Kennedy As V en de GAF gelijk zijn. In de HCR20, de Schaal voor Gevaar, de HoNOS en de BPRS komen de subonderdelen van de Kennedy As V iets specifiekker naar voren. Naar verwachting zullen deze scores dan ook met elkaar overeen moeten komen.

Verwacht werd dat er een significant positieve relatie gevonden zal worden op de Kennedy As V tussen de twee meetmomenten. Op meetmoment 1 (T1) zullen, na behandeling, de patiënten significant lager scoren dan op meetmoment 2 (T2). De Kennedy As V zal, hieruit afleidend, sensitief zijn voor verandering in gedrag van patiënten.

Methode

Proefpersonen

De steekproef bestond uit 47 psychiatrische patiënten (29 mannen) met een rechterlijke machtiging (RM). Hun leeftijd varieerde van 19 tot 62 jaar, met een gemiddelde van 33,96. Ze hadden allen psychiatrische symptomen en werden hiervoor behandeld. Bij een groot aantal van deze patiënten was schizofrenie gediagnosticeerd, veelal van het paranoïde type (Tabel 1).

Tabel 1: Indeling in typen stoornissen

Stoornis	Aantal
Schizofrenie, Paranoïde type	16
Borderline persoonlijkheidsstoornis	10
Bipolaire II stoornis	7
Antisociale Persoonlijkheidsstoornis	4
Overig	10

Bij 24 psychiatrische patiënten is de Kennedy As V door twee verschillende beoordelaars afgenomen, bij de overige 23 patiënten (+2 van de patiënten die hebben deelgenomen aan de meting van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid) zijn alle meetinstrumenten afgenomen. De patiënten zijn tijdens de eerste meting (T1) van het RM-onderzoek benaderd en gevraagd om deel te nemen na een RM-aanvraag. Doordat alleen patiënten met een RM-aanvraag benaderd zijn voor het onderzoek, is de steekproef niet random. De beoordelaars waren afkomstig uit twee disciplines, namelijk uit de psychologie en uit de geneeskunde.

Meetinstrumenten

Om de validiteit van de Kennedy As V te kunnen beoordelen, is gebruik gemaakt van verschillende meetinstrumenten die met deze as te vergelijken waren:

- De Health of Nation Outcome Scales (HoNOS)

De HoNOS is een 12-item meetinstrument waarmee een schatting van de algemene ernst van de psychiatrische symptomen kan worden gegeven. De items van dit meetinstrument worden gescoord op een schaal van 0-4. Hierbij geldt: hoe hoger de score, hoe meer symptomen. De

HoNOS pretendeert klinische problemen en sociaal functioneren te dekken en sensitief te zijn voor verandering (Adams, Palmer & Crook, 2000). Naast de officiële HoNOS zijn ook versies ontwikkeld voor kinderen en adolescenten (HoNOSCA) en voor ouderen (HoNOS65+) (Pirkis, Burgess, Kirk, Dodson, Coombs, 2005). Naar de HoNOS is weinig gecoördineerd en overeenkomstig onderzoek gedaan (Wing, Lelliott & Beevor, 2000). Uit een onderzoek van Adams et al (2000) is geconcludeerd dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de HoNOS goed is. Uit hetzelfde onderzoek is echter ook gebleken dat de HoNOS, wanneer hij vergeleken wordt met andere meetinstrumenten met een hoge validiteit, enkel op de helft van de correlaties significant hetzelfde scoort. Deze significante scores zijn niet hoog ($r = 0.21 - 0.55$). De reden voor deze relatief lage scores kan gevonden worden in het feit dat in het onderzoek de HoNOS is afgenomen bij ernstig psychiatrische patiënten. Andere oorzaken voor de relatief lage scores kunnen zijn de *stimulus frequency bias* en de *sequential contraction bias*. De stimulus frequency bias kan zich voordoen wanneer meetinstrumenten afgenomen worden door behandelaars of begeleiders die alleen met ernstig psychiatrische patiënten werken (Adams et al., 2000). Hierdoor zullen ze lager scoren op de HoNOS dan behandelaars uit een normaal ziekenhuis die dezelfde patiënten zouden scoren. De sequential contraction bias (Adams et al., 2000) kan eveneens een rol spelen als oorzaak van de vaak lage scores op de HoNOS. Deze bias houdt in dat wanneer er geen referentiekader is waarmee vergeleken kan worden, een patiënt snel vergeleken zal worden met de patiënt(en) die voor hem behandeld zijn. Er moet echter nog meer onderzoek gedaan worden naar de HoNOS om een duidelijk beeld te krijgen van de betrouwbaarheid en validiteit van de HoNOS. Om een betrouwbaar beeld te krijgen van de patiënt met behulp van de HoNOS is het van belang dat de behandelaar een goede training krijgt om de HoNOS af te nemen. Uit onderzoek is gebleken dat hier vaak onduidelijkheid over bestaat. Om deze reden is het ook van belang dat een duidelijk beeld gevormd wordt van de items 'leefomstandigheden' en 'activiteiten' (Wing, Lelliott & Beevor, 2000).

- De Risk for Violence Scale; HCR-20 (Historical, Clinical, Risk)

De HCR-20 is een meetinstrument dat het risico op gewelddadig gedrag inschat. Het meten van het risico op gewelddadig gedrag heeft een centrale plek ingenomen in de relationele en forensische psychologie (Douglas, Macfarlane & Webster, 1996). Tot niet lang geleden leek het meten hiervan een onmogelijke taak (Cocozza & Steadman, 1976). De HCR-20 is opgezet om afgenomen te kunnen worden bij een variëteit aan populaties, zoals (civiele en forensische-) psychiatrische patiënten en veelplegers (Webster, Eaves, Douglas, & Wintrup, 1995).

De HCR-20 omvat drie schalen en twintig variabelen (Douglas & Webster, 1999). De historische (-H) schaal omvat tien items betreffende een over het algemeen vaststaande schaal die weinig fluctueert over tijd. In deze schaal worden historische feiten van de patiënt opgenomen, zoals eerdere psychiatrische kenmerken en eerder gewelddadig gedrag. De klinische (-C) schaal omvat vijf items en refereert aan de mentale, emotionele en psychiatrische status van dit moment. De Risk-Management (-R) schaal heeft vijf items en refereert voornamelijk naar het toekomstige gedrag van de patiënt. Deze laatste schaal is gericht op leefomstandigheden, sociale omstandigheden en behandelingsmogelijkheden en wordt gerelateerd aan de mogelijke reacties van de patiënt hierop. Alle items worden gescoord op 0; niet van toepassing, 1; het item is misschien of mild aanwezig, of 2; het item is zeker aanwezig. Dit scoringssysteem is ontleend aan de PCL-R (Hare, 1991).

De HCR-20 laat gemiddelde tot sterke relaties zien met andere risico-instrumenten (Douglas, et al, 1999). De concurrente validiteit is hoog. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid uit het onderzoek van Douglas et al (1999) was $r = 0.80$. Het evalueren van het risico op geweld heeft ook tekortkomingen meegebracht. Een probleem is, dat vaak gebruik gemaakt wordt van afhankelijke variabelen (Gray, Hill, McGleish, Timmons, MacGulloch, & Snowden, 2003). Hierdoor gaat informatie verloren over de frequentie en de ernst van het geweld (Monahan, 1981). Ook wordt vaak gebruik gemaakt van retrospectieve onderzoeken en er zou meer onderzoek moeten komen naar verschillende soorten geweld. Als laatste is het van belang dat ook gekeken wordt of de (ernst van de) psychiatrische stoornis invloed heeft op het risico op geweld. Om deze reden worden de BPRS en de HCR-20 vaak met elkaar vergeleken. De HCR-20 heeft een sterke voorspellende waarde voor alle vormen van 'uitgaande' (verbaal, materieel, fysiek) agressie (Douglas et al., 1999). Geweld naar zichzelf wordt niet door de HCR-20 voorspeld. De klinische en historische subschalen blijken ook goede voorspellers voor geweld en zijn gelijk in hun voorspellende waarde.

De risico en risicomanagement subschalen van de HCR-20 hebben een significant voorspellende validiteit voor recidivisme. De historische subschaal heeft dit niet (Belfrage, Fransson & Strand, 2000).

- De Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

De BPRS is een klinisch meetinstrument dat pretendeert een beeld te geven van veelvoorkomende psychopathologische symptomen bij opgenomen psychiatrische patiënten (Shafer, 2005 & Lachar, Bailey, Rhoades, Espadas, Aponte, Cowan, Gummattira, Kopecky & Wassef, 2001). De items worden gescoord op een schaal van 1; niet aanwezig, tot 7; zeer ernstig

(Gray, et al., 2003). Het eerste doel van de BPRS is het in beeld krijgen van de verandering in symptomen door behandeling. De BPRS geeft een totaalscore, maar doordat de subschalen ook worden weergegeven, geeft het tevens een duidelijk beeld welke symptomen gescoord worden en hoe ernstig deze zich bij de patiënt voordoen. De meest gebruikte versie van de BPRS is de 18-item versie. (Al bestaat er in de literatuur nog veel strijd over hoeveel items de BPRS nu daadwerkelijk zou moeten bevatten.) Deze 18-item versie van de BPRS wordt gebruikt om de symptomen van opgenomen psychiatrische patiënten en hun reactie op behandeling weer te geven. 'De effectiviteit van de behandeling komt in beeld en gebieden die verbeterd moeten worden, kunnen worden geïdentificeerd. Meetinstrumenten zoals de BPRS hebben sinds kort een voordeel over zelfrapportage-metingen in de evaluatie van opname-gebaseerde behandeling' (Lachar, Bailey, Rhoades, Espadas, Aponte, Cowan, Gummattira, Kopecky & Wassef, (2001). Deze patiënten zijn vaak niet in staat zelfrapportage-lijsten in te vullen.

De BPRS blijkt hoog gecorreleerd te zijn aan de klinische subschaal van de HCR-20 (Gray, et al., 2003). Ook blijkt uit onderzoek dat de BPRS een goede predictieve validiteit heeft voor verbale agressie en fysiek geweld en dat het een gemiddelde predictieve validiteit heeft voor geweld tegen materiële zaken (Gray, et al., 2003). De BPRS voorspelt, net als de HCR-20 niet significant geweld naar zichzelf. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de BPRS varieert van Kappa: .54 tot .92 (Lachar, et al., 2001). Alle itemwaarden onderling hebben eveneens een acceptabele interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. 10 van de 18 items heeft een Kappa van .74 en hoger.

- De Schaal voor Gevaar

Ook dit meetinstrument meet het risico voor gevaarlijk gedrag. Het meetinstrument bestaat uit 8 items die gescoord kunnen worden van 0; geen gevaar tot 4; ernstig gevaar. De acht items bevatten de eerder genoemde gevaarscriteria betreffende het aanvragen van een Rechterlijke Machtiging. Naar dit zeer recent ontwikkelde meetinstrument is nog weinig tot geen onderzoek verricht. Over de betrouwbaarheid en validiteit zijn nog geen cijfers bekend.

- De Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

'As V van de DSM IV is een meting van de gehele ernst van een psychiatrische stoornis en geeft zo een beeld van de algemene psychopathologie' (Hilsenroth, Ackerman, Blagys, Baumann, Baity, Smith, Price, Smith, Heindselman, Mount, Holdwick, 2000). De GAF geeft één cijfer dat het globale functioneren van de patiënt weergeeft (bijlage 6). Evenals de Kennedy As V is ook de GAF een meetinstrument, dat gescoord wordt op een schaal 0 tot 100. De hogere scores van de GAF (80-100) meten voornamelijk het niveau van functioneren, maar bij de lagere scores (0-75)

worden zowel het niveau van functioneren als de psychiatrische symptomen gemeten. Wat nu daadwerkelijk gemeten wordt bij de lagere scores is onbekend, aangezien er gebruik wordt gemaakt van enkel één cijfer. De subschalen psychische problemen en gewelddadigheid van de Kennedy As V komen vooral overeen met psychiatrische symptomen van de GAF. Sociale vaardigheden en ADL- en beroepsmatig functioneren komen vooral met het niveau van functioneren van de GAF overeen. In tegenstelling tot de Kennedy As V, meet de GAF middelenmisbruik, somatische problemen en bijkomstige problemen niet. Een onderzoek van Goldman, Skodol en Lave (1992) duidt een gemiddelde betrouwbaarheid en validiteit van de GAF-schaal aan. De oorzaak die hiervoor genoemd wordt, is het feit dat de GAF een combinatie van relationeel, sociaal en beroepsmatig functioneren weergeeft. Een andere beperking van de GAF is dat eventuele fysieke beperkingen niet in de GAF zijn opgenomen (Goldman et al., 1992). Hierom zijn twee nieuwe meetinstrumenten ontwikkeld en opgenomen in de DSM-IV, Appendix B. De eerste schaal is de Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF) (Goldman et al., 1992). De GARF geeft een beknopt beeld van de kwaliteit van familierelaties en andere sociale relaties (Hay, Phil, Katsikitis, Begg, Da Costa & Blumenfeld, 2003). De tweede schaal is de Social and Occupational Functional Assessment Scale (SOFAS) (Goldman et al., 1992). Deze is gericht op sociaal en beroepsmatig functioneren. Hij excludeert de ernst van de symptomen (Hay et al., 2003). De GAF-schaal wordt momenteel nog veelvuldig gebruikt als vijfde as van de DSM IV. In combinatie met de GARF en de SOFAS zijn de betrouwbaarheid en de validiteit volgens Hay et al (2003) toegenomen. Uit andere onderzoeken blijkt echter het tegenovergestelde. Janca (2001) heeft in zijn onderzoek geconcludeerd dat de betrouwbaarheid en validiteit alleen in die situatie toenemen, wanneer de clinici deelgenomen hebben aan een zeer uitgebreide training en wanneer de motivatie van de clinici hoog is. Dit zal in de praktijk niet altijd het geval zijn. Kennedy en Foti (2003) geven als commentaar op de GARF en de SOFAS vergelijkbare kritiek als die op de GAF. Ook de SOFAS en de GARF combineren meerdere ruime gebieden in een enkele as.

Procedure

Op twee meetmomenten zijn gesprekken gevoerd met psychiatrische patiënten die middels een rechterlijke machtiging behandeld werden. Aan alle patiënten is toestemming gevraagd voor deelname aan het onderzoek. De patiënten werd uitgelegd wat de bedoeling van het onderzoek was en dat alle informatie vertrouwelijk behandeld zou worden. Iedere onderzoeker werd getraind in het afnemen van de meetinstrumenten.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de Kennedy As V die door de onderzoeksleider uitgebreid is met een achtste schaal, namelijk 'motivatie voor behandeling'. (Deze subschaal meet de mate waarin iemand open staat voor behandeling. Als gevolg van onwil voor behandeling wanneer een rechterlijke machtiging aangevraagd wordt, zal de score tijdens meetmoment 1 nooit hoger zijn dan 40.)

De verschillende meetinstrumenten zijn ingevuld aan de hand van gesprekken met de patiënt, alsmede diens mantelzorger en behandelaar. Tijdens de eerste meting (T1) hebben deze gesprekken veelal plaats gevonden in klinische settings. Het tweede meetmoment (T2) is gemiddeld na een half jaar afgenomen. Deze gesprekken hebben bij ruim 60% van de patiënten thuis plaats gevonden, aangezien ze tijdens T2 doorgaans niet meer opgenomen waren. Voor de meting van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de Kennedy As V, is bij 24 patiënten, door twee verschillende beoordelaars, iedere keer tegelijkertijd bij een patiënt de Kennedy As V afgenomen. De verschillende meetinstrumenten zijn afgenomen om ze met elkaar te kunnen vergelijken en hieruit af te leiden of de Kennedy As V een betrouwbaar en valide meetinstrument is.

Data-analyse

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te meten, zijn de data van elke beoordelaar voor alle patiënten met behulp van Pearson's r met elkaar vergeleken. Voor het berekenen van de concurrente validiteit is tevens gebruik gemaakt van Pearson's r . Hiervoor zijn de scores op de vergelijkbare meetinstrumenten; BPRS, HoNOS, GAF en de HCR20 vergeleken met de scores op de Kennedy As V. Om te onderzoeken of de eerste schaal van de Kennedy As V (psychische problemen) het sterkst correleerde met de GAF, is elke schaal ook individueel met de GAF gecorreleerd. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de GAF voornamelijk vergelijkbaar is met de eerste vier subschalen van de Kennedy As V. Deze analyse werd om deze reden dan ook uitgevoerd. Tenslotte werd de relatief nieuwe Schaal voor Gevaar vergeleken met de tweede as van de Kennedy As V. Als laatste is de gepaarde t-score berekend voor de scores van alle patiënten op de eerste en tweede meting van de Kennedy As V. Met als doel de betrouwbaarheid van de Kennedy As V te kunnen interpreteren, is de verschilscore van de Kennedy As V hierna vergeleken met de verschilcores van de andere meetinstrumenten. Op deze wijze is een beeld ontstaan van de sensitiviteit van de meetinstrumenten voor verandering in gedrag van patiënten.

Resultaten

Data

Tijdens meting 1 (T1) en meting 2 (T2) zijn bij 47 patiënten verschillende meetinstrumenten afgenomen. Bij 24 van deze patiënten is de Kennedy As V door twee verschillende personen afgenomen. De gemiddelden, standaarddeviaties, minima en maxima op de verschillende schalen zijn terug te vinden in tabel 2.

Tabel 2: Data van de diverse meetinstrumenten

	N	Gemiddelde	Standaarddeviatie	Minimum	Maximum
Leeftijd	47	33,96	10,05	19,00	62,00
Kennedy	47	56,81	8,11	39,38	73,75
Kennedy meting 2	25	64,78	9,14	48,13	81,25
Kennedy	24	58,28	7,12	40,00	70,63
interbeoordelaars- betrouwbaarheid					
Kennedy 1tm4	47	52,69	10,04	33,75	72,50
Kennedy 1tm4 meting 2	25	58,85	12,20	37,50	78,75
GAF	25	44,20	13,20	20,00	70,00
GAF meting 2	25	52,80	9,25	25,00	65,00
HoNOS	25	1,40	,55	,33	2,42
HoNOS meting 2	25	1,07	,44	,25	1,83
BPRS	25	2,28	,65	1,28	3,32
BPRS meting 2	25	1,81	,42	1,12	2,68
HCR20	25	,93	,31	,25	1,55
HCR20 meting 2	25	,93	,34	,20	1,60
Schaal voor gevaar	25	1,63	,56	,50	2,88
Schaal voor Gevaar	25	1,08	,34	,50	1,75
meting 2					
Kennedy Schaal voor Gevaar	47	63,91	7,23	48,13	78,75
Kennedy Schaal voor gevaar meting 2	25	70,40	7,50	56,25	83,75
Kennedy Schaal voor Gevaar meting persoon 2	24	64,85	6,77	47,50	77,50

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Bij 24 patiënten is de Kennedy As V door twee beoordelaars afgenomen. Met behulp van Pearson's r zijn de scores hieruit met elkaar vergeleken en is gekeken of de Kennedy As V een significante interbeoordelaarsbetrouwbaarheid heeft. Er is een significante positieve correlatie tussen de data van de twee onderzoekers gevonden; ($r = 0.85$, $p < 0.01$). Ook op de tweede as

van de Kennedy As V (Schaal voor Gevaar) is een significante positieve correlatie gevonden; ($r=0.86$, $p < 0,01$).

Concurrente validiteit

De concurrente validiteit van de Kennedy As V is berekend met Pearson's r . Er is uitgegaan van een significantieniveau van 0.01, tweezijdig gemeten. Ten eerste is de Kennedy As V vergeleken met de GAF. Voor deze variabelen is een significante positieve correlatie gevonden. Aangezien vooral de eerste vier schalen van de Kennedy As V overeenkomen met de GAF, zijn deze eveneens met dit meetinstrument vergeleken. Ook hier is sprake geweest van een significante positieve correlatie. Uit eerdere onderzoeken is gebleken dat voornamelijk de eerste schaal significant correleert met de GAF. Om deze reden is ook elke schaal apart gecorreleerd aan de GAF. Er zijn significante positieve relaties gevonden voor schaal 1; psychische problemen, schaal 2; Sociale vaardigheden, schaal 3; gewelddadigheid, schaal 4; ADL-functies en beroepsmatig functioneren en voor schaal 6; somatische problemen, bij een significantieniveau van 0.05. Bij een significantieniveau van 0.01 correleert deze schaal niet significant met de GAF. Op de overige schalen (schaal 5; middelenmisbruik, schaal 7; bijkomende problemen en schaal 8; motivatie voor behandeling) is geen significante correlatie gevonden met de GAF.

Verder is de Kennedy As V gecorreleerd met de BPRS, de HCR20 en de HoNOS. Voor ieder van deze schalen is een significant negatieve correlatie met de Kennedy As V gevonden. Om deze data beter te kunnen interpreteren zijn er ook analyses uitgevoerd op de overige meetinstrumenten onderling; Voor de HoNOS zijn significant positieve correlaties gevonden met de HCR20 en met de BPRS. Met de GAF is een significant negatieve correlatie gevonden. Voor de BPRS is hiernaast een significant negatieve correlatie gevonden met de GAF. De correlatie tussen de BPRS en HCR20 is bij een significantieniveau van 0.01 niet significant, maar bij een significantieniveau van 0.05 is er echter wel sprake van een significant positieve correlatie. Tenslotte is voor de HCR20 in correlatie met de GAF bij een significantieniveau van 0.01 geen significante relatie gevonden. Bij een significantieniveau van 0.05 is wel sprake van een significant negatieve correlatie.

De tweede as van de Kennedy As V; de Schaal voor Gevaar, is eveneens met behulp van Pearson's r gecorreleerd aan het nog recente meetinstrument; de Schaal voor Gevaar. Tussen deze variabelen is een significant negatieve correlatie gevonden. De resultaten zijn terug te vinden in Tabel 3.

Tabel 3: Significantieniveaus en correlaties tussen de meetinstrumenten

Variabelen	Correlatie	Significantieniveau
Kennedy – GAF	.62	.001
Kennedy – HoNOS	- .66	.000
Kennedy – BPRS	- .59	.002
Kennedy – HCR20	- .67	.000
HoNOS – GAF	- .67	.000
HoNOS – BPRS	.80	.000
HoNOS – HCR20	.54	.005
BPRS – HCR20	.47	.016
BPRS – GAF	- .64	.000
GAF – HCR20	- .48	.014
Kennedy 1tm4 – GAF	.72	.000
Kennedy 1 – GAF	.60	.001
Kennedy 2 – GAF	.53	.006
Kennedy 3 – GAF	.52	.007
Kennedy 4 – GAF	.68	.000
Kennedy 5 – GAF	.22	.285
Kennedy 6 – GAF	.44	.024
Kennedy 7 – GAF	.11	.600
Kennedy 8 – GAF	.00	.985
Kennedy Schaal voor Gevaar – Schaal voor Gevaar	- .73	.000

Verschilcores Kennedy As V

Voor ieder van de zes meetinstrumenten (De Kennedy As V, de GAF, de HCR20, de BPRS, de HoNOS en de Schaal voor Gevaar) zijn de gepaarde t-scores berekend. Ook de tweede as van de Kennedy As V is hierin meegenomen. Bij de gepaarde t-test is uitgegaan van een significantieniveau van 0.001, tweezijdig. In tabel 4 is terug te vinden dat de patiënten op de HCR20, op de GAF en op de HoNOS op de tweede meting niet significant beter scoren dan op de eerste meting. Op de overige meetinstrumenten (de Kennedy As V, de Kennedy As V Schaal voor Gevaar, de BPRS en de Schaal voor Gevaar) scoren de patiënten wel significant hoger op de tweede meting in vergelijking met de eerste meting.

Tabel 4: Significantieniveaus van de gepaarde t-testen op de meetinstrumenten

	Gepaarde t-waarde	Sig. (2-zijdig)
Paar 1 Kennedy totaal – Kennedy totaal herhaling	-9.19	.000
Paar 2 GAF – GAF herhaling	-3.36	.003
Paar 3 HoNOS totaal – HoNOS totaal herhaling	3.38	.002
Paar 4 Kennedy Schaal voor Gevaar totaal – Kennedy Schaal voor Gevaar totaal herhaling	-8.73	.000
Paar 5 Schaal voor Gevaar totaal – Schaal voor Gevaar totaal herhaling	5.56	.000
Paar 6 BPRS totaal – BPRS totaal herhaling	4.62	.000
Paar 7 HCR20 totaal – HCR20 totaal herhaling	.18	.857

Discussie

Het doel van dit onderzoek was het bepalen van de betrouwbaarheid en validiteit van de Kennedy As V. Met behulp van de uitkomsten zou een duidelijker zicht gekregen worden op de vraag of de Kennedy As V een goede vervanger van de GAF is en welke mogelijke meerwaarde de Kennedy As V ten opzichte van de GAF heeft. Tijdens het onderzoek is de Kennedy As V vergeleken met andere meetinstrumenten. Specifiek zijn in dit onderzoek de concurrente validiteit, de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de sensitiviteit van de Kennedy As V aan bod gekomen. De verwachting was dat de Kennedy As V een hoge concurrente validiteit en hiernaast een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zou hebben. Vergeleken met andere meetinstrumenten was de verwachting dat de Kennedy As V sensitief zou zijn. De verwachting dat de Kennedy As V een hoge concurrente validiteit zou hebben, kon worden afgeleid uit eerder onderzoek dat naar het meetinstrument gedaan was en uit het feit dat het dezelfde, of delen van dezelfde, schalen van de andere meetinstrumenten zou meten. De verwachting dat de Kennedy As V een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zou hebben, is eveneens afgeleid uit eerder onderzoek dat hiernaar gedaan is. Tenslotte was de verwachting van een hoge sensitiviteit van de Kennedy As V afgeleid uit het feit dat het meetinstrument meerdere schalen meet dan bijvoorbeeld de GAF en hierdoor sneller zal variëren in score.

Validiteit

Uit de resultaten naar de validiteit van de Kennedy As V is gebleken dat het meetinstrument, zoals naar verwachting, een significant hoge concurrente validiteit heeft. Dit resultaat ondersteunt de literatuur die al naar de Kennedy As V gedaan is. Hierbij moet worden opgemerkt dat er sprake is van een indirecte meting van de validiteit. De validiteit van de Kennedy As V is gemeten door het meetinstrument te vergelijken met vergelijkbare, volgens de literatuur, betrouwbare meetinstrumenten. Dit houdt in dat de Kennedy As V, vergeleken met de meetinstrumenten die in het onderzoek aan bod zijn gekomen, (concurrent) valide is. Echter over de validiteit van de Kennedy As V in zijn geheel kan nog niets geconcludeerd worden. Om de validiteit direct te kunnen meten is een controlegroep nodig, waardoor de Kennedy As V op zichzelf onderzocht kan worden.

Betrouwbaarheid

Uit de resultaten naar de betrouwbaarheid van de Kennedy As V, is eveneens gebleken dat het meetinstrument, zoals naar verwachting, een significant hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid heeft. Net als de validiteit ondersteunt dit gevonden resultaat eerdere bevindingen over de Kennedy As V. Voor het meten van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is gebruik gemaakt van verschillende beoordelaars uit verschillende disciplines (psychologie en geneeskunde). Aangezien in dit onderzoek een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gevonden is, kan gesteld worden dat het afnemen van de Kennedy As V bruikbaar is voor verschillende beoordelaars, ongeacht de afkomstige discipline. Bij deze meting moet worden opgemerkt dat een kleine steekproef onderzocht is. Bij een grotere steekproef zou mogelijk een zwakkere of sterkere interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gevonden worden.

Uit de resultaten naar de sensitiviteit van de Kennedy As V is gebleken dat niet alle meetinstrumenten even sensitief zijn voor veranderingen van de patiënt. Meetmoment twee heeft plaatsgevonden na behandeling van de patiënten. De meetinstrumenten laten een gevarieerde toename, afname of stabiliteit van de scores zien. Opvallend hierbij is dat de Kennedy As V een significante toename van de scores laat zien en dat de GAF geen toe- of afname laat zien op de tweede meting. Dit betekent dat de Kennedy As V in dit onderzoek sensitiever is dan de GAF voor veranderingen van patiënten. Dit kan een extra meerwaarde betekenen voor de Kennedy As V boven de GAF, maar mogelijk is het verschil tussen beide meetinstrumenten te verklaren door doordat ze niet hetzelfde meten. Ook moet hierbij genoemd worden dat een controlegroep ontbreekt. Net als bij de meting van de validiteit, is de meting van de sensitiviteit indirect gemeten. Omdat dit onderzoek is uitgevoerd om te oordelen of de GAF vervangen kan worden door de Kennedy As V, is het van belang dat hier nader onderzoek naar gedaan wordt.

Beperkingen

In het bovenstaande zijn twee methodologische beperkingen al beschreven;

Ten eerste is voor het meten van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gebruik gemaakt van een kleine steekproef. Dit aspect heeft mogelijk invloed gehad op de sterkte van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Ten tweede is de validiteit op een indirecte wijze gemeten door de Kennedy As V met andere meetinstrumenten te vergelijken. De concurrente validiteit in dit onderzoek is met behulp van deze meting hoog gebleken. Bij een directe meting, echter, dus met gebruik van een controlegroep, zou het resultaat meer betrouwbaar zijn. Ook de sensitiviteit van de Kennedy As V is indirect gemeten doordat een controlegroep ontbrak. Uit dit onderzoek is enkel naar voren

gekomen dat de meetinstrumenten bij psychiatrische patiënten, na behandeling, afwisselend sterker, zwakker of stabiel scoren. Voor beide metingen geldt dat wanneer gebruik was gemaakt van een controlegroep, de gevonden data van de psychiatrische patiënten vergeleken hadden kunnen worden met de data van gezonde proefpersonen. Het verschil in deze data zou een duidelijk beeld geven van de mate van betrouwbaarheid en validiteit van de Kennedy as V.

Naast deze beperkingen zijn nog een aantal andere beperkingen in het onderzoek aanwezig geweest die de resultaten hebben beïnvloed;

Een beperking is onder andere het feit dat de officiële Kennedy As V bestaat uit 7 schalen. In dit onderzoek is de achtste schaal ‘motivatie voor behandeling’ toegevoegd. Gezien het feit dat op deze achtste schaal door psychiatrische patiënten over het algemeen laag gescoord wordt, kan deze toevoeging de score beïnvloed hebben. Dit maakt de gevonden resultaten minder betrouwbaar.

Hiernaast zijn in dit onderzoek alleen psychiatrische patiënten met een RM meegenomen. Door de ernst van de psychiatrische stoornis van de patiënten is hoog gescoord op de meetinstrumenten. Dit geeft sneller een opvallend sterk resultaat dan wanneer milder gescoord wordt (door gezonde proefpersonen of patiënten met een minder ernstige psychiatrische stoornis).

Tot slot is het onderzoek opgezet om te meten of de GAF vervangen kan worden door de Kennedy As V. Hiertoe zijn de betrouwbaarheid en validiteit van de Kennedy As V gemeten. In het onderzoek zijn echter enkel resultaten naar voren gekomen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, de concurrente validiteit en de sensitiviteit van de Kennedy As V ten opzichte van de andere meetinstrumenten. Over de volledige betrouwbaarheid en validiteit van de Kennedy As V is om deze reden nog geen algemene conclusie te geven.

Conclusie

In dit onderzoek zijn bij psychiatrische patiënten diverse meetinstrumenten (de Kennedy As V, de HCR20, de BPRS, de GAF, de HoNOS en de Schaal voor Gevaar) afgenomen. Het doel was om zicht te krijgen op de betrouwbaarheid en validiteit van de Kennedy As V en als gevolg hiervan te bepalen of de Kennedy As V een goede vervanger van de GAF zou zijn. In de beperkte literatuur die over de Kennedy As V beschikbaar was, stond beschreven dat dit meetinstrument een breder beeld van het functioneren zou geven dan de GAF.

Uit de resultaten in dit onderzoek is gebleken dat de Kennedy As V een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en een hoge concurrente validiteit heeft. De sensitiviteit voor verandering van de patiënten is per meetinstrument verschillend. De Kennedy As V lijkt, in vergelijking met de GAF een sensitief meetinstrument voor verandering van patiënten na behandeling. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat een controlegroep ontbreekt en hierdoor dus geen betrouwbare conclusies aan de resultaten verbonden kunnen worden.

Op basis van de specifieke resultaten lijkt de Kennedy As V een betrouwbaar en valide meetinstrument. Hierbij moet echter opgemerkt worden dat dit enkel geldt voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de concurrente validiteit. Ook geldt voor het onderzoek dat een aantal beperkingen de resultaten van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de concurrente validiteit beïnvloed kan hebben. Om een volledig beeld te krijgen van de betrouwbaarheid en validiteit van de Kennedy As V is uitgebreid vervolgonderzoek nodig.

Het is belangrijk dat vervolgonderzoek plaatsvindt, aangezien uit het onderzoek specifieke resultaten over de betrouwbaarheid en validiteit naar voren zijn gekomen. Als gevolg hiervan zou, wanneer meer duidelijkheid bestaat over de volledige betrouwbaarheid en validiteit, de Kennedy As V een goede vervanger kunnen zijn van de GAF. Uit de literatuur is gebleken dat de Kennedy As V en de GAF hetzelfde beogen te meten. De meerwaarde van de Kennedy As V lijkt op dit moment onder andere te liggen in het feit dat het meetinstrument sensitiever is dan de GAF voor verandering van patiënten na behandeling. Met behulp van een controlegroep kan hier meer zicht op gekregen worden. Wanneer dan blijkt dat de Kennedy As V inderdaad een hogere sensitiviteit heeft dan de GAF heeft dit belangrijke gevolgen voor het zorgaanbod. De behandeling zou in de praktijk beter geëvalueerd en, als gevolg hiervan, beter ingezet kunnen worden. Hiernaast geeft de Kennedy As V, in tegenstelling tot de GAF, een specifiek beeld van het gedrag en de ernst van het gedrag van de patiënt. Dit heeft als gevolg dat psychiatrische patiënten in de praktijk beter geholpen kunnen worden. De GAF geeft enkel een score. Deze kan door artsen verschillend opgevat worden, waardoor de behandeling van patiënten gedeeltelijk afhankelijk wordt van de

interpretatie van zijn arts. De Kennedy As V laat niets aan interpretatie over, waardoor, ongeacht de behandelende arts, de patiënt de behandeling kan krijgen die hij nodig heeft. Tenslotte geeft de Kennedy As V een voorspelling op het risico van geweld van de psychiatrische patiënt. In het bijzonder bij gedwongen opnames is dit een zeer belangrijke meerwaarde van de Kennedy As V boven de GAF. Aan de hand van deze voorspellende waarde van de Kennedy As V kan zekerder gesteld worden wanneer een gedwongen behandeling te eindigen.

Voor vervolgonderzoek is het van belang dat ten eerste bij het meten van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gebruik gemaakt wordt van een grotere steekproef. Ten tweede moet de validiteit op een directe wijze gemeten worden. In dit onderzoek is de validiteit enkel gemeten door de Kennedy As V te vergelijken met andere meetinstrumenten. Ten derde zal het vervolgonderzoek zich moeten richten op de officiële Kennedy As V die bestaat uit zeven schalen. In dit onderzoek is een extra achtste subschaal toegevoegd. Ten vierde zal voor het meten van de sensitiviteit van de Kennedy As V gebruik gemaakt moeten worden van een controlegroep bestaande uit gezonde proefpersonen. Als vijfde aandachtspunt is het van belang dat in vervolgonderzoek gebruik gemaakt wordt van verschillende groepen proefpersonen. In dit onderzoek zijn enkel ernstig psychiatrische patiënten onderzocht. Als zesde suggestie voor vervolgonderzoek tot slot is het van belang dat het onderzoek zich richt op meerdere facetten van de validiteit en de betrouwbaarheid. In dit onderzoek zijn enkel de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, de concurrente validiteit en de sensitiviteit van de Kennedy As V onderzocht.

Concluderend kan gesteld worden dat de Kennedy As V een goede vervanger van de GAF zou kunnen zijn. In dit onderzoek kan deze conclusie echter niet met zekerheid worden gesteld. Meer onderzoek is hiervoor nodig. Het is van groot belang dat vervolgonderzoek dieper ingaat op de betrouwbaarheid en validiteit van de Kennedy As V, omdat het meetinstrument een grote rol lijkt te kunnen gaan spelen in het verbeteren van het zorgaanbod en het verbeteren van het zicht op het ziektebeeld van psychiatrische patiënten.

Referentielijst

- Abma, T., Widdershoven, G., Lendemeijer, B. (2005). *Dwang en drang in de psychiatrie; Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht, Lemma BV.
- Adams, M., Palmer, A., Crook, W. (2000). Health of the nation outcome scales for psychiatry: Are they valid? *Journal of Mental Health, 9*, 193-201.
- Alan, S. (2005). Meta-Analysis of the Brief Psychiatric Rating Scale Factor Structure. *American Psychological Association Volume, 17*, 324-335.
- Belfrage, H., Fransson, G., Strand, S. (2000). Prediction of violence using the HCR-20: A prospective study in two maximum security correctional institutions. *The Journal of Forensic Psychiatry, 11*, 167-175.
- Berghmans, R. L. P. (1997). *Beter (z)onder dwang?* Zoetermeer, RVZ.
- Bernardt, M. (1998). *Gedwongen opname en de WBOPZ*. Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bilezikian, J. M. (1998). *Unpublished doctoral dissertation*. Illinois School of Professional Psychology, Chicago, IL.
- Cocozza, J. J., Steadman, H. J. (1976). The failure of psychiatric predictions of dangerousness: Clear and convincing evidence. *Rutgers Law Review, 29*, 1084-1101.
- Deproost, E. (1998). Over de gemeenschappelijke basis van de psychiatrische en somatische verpleegkunde. In Peuskens, A. I, *Patiëntentoewijzing in de psychiatrische verpleegkunde. Concept en methodiek*. Garant, Leuven
- Deraas, T. S., Hansen, V., Giaever, A., Olstad, R. (2006). Acute Psychiatric admissions from an out-of-hours Casualty Clinic; How do referring doctors and admitting specialists agree?. *BMC Health Services Research*. Op 04-07-2006 ontleend aan <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/41>
- Douglas, K. S., Webster, C. D. (1999). The HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme. *Criminal Justice & Behavior, 26*, 3-19.
- Douglas, K. S., Macfarlane, E., & Webster, C. D. (1996). Predicting dangerousness in the contemporary Canadian mental health and criminal justice systems. *Canada's Mental Health, 43*, 4-11.
- Goldman, H. H., Skodol, A. E., Lave, T. R. (1992). Revising Axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry, 149*, 1148-1156.

- Gray, N. S., Hill, C., McGleish, A., Timmons, D., MacGulloch, M., Snowden, R.J. (2003). Prediction of Violence and Self-Harm in mentally Disordered Offenders: A Prospective Study of the Efficacy of HCR-20, PCL-R and Psychiatric Symptomatology. *American Psychological Association*, 71, 443-451.
- Hare, R. D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist—Revised*. Toronto: Multihealth Systems.
- Hay, P., Phil, D., Katsikitis, M., Begg, J., Da Costa, J., Blumenfeld, N. (2003). A Two-Year Follow-Up Study and Prospective Evaluation of the DSM-IV Axis V. *American Psychiatric Association*, 54, 1028-1030.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baumann, B. D., Baity, M. R., Smith, S. R., Price, J. L., Smith, C.L., Heindselman, T.L., Mount, M.K., Holdwick, D. J. (2000). Reliability and Validity of DSM-IV Axis. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1858-1863.
- Janca, A. (2001). Reliability of DSM-IV Axis V Scales. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1935-1936.
- Kennedy, J. A., Foti, M. E. (2003) Axis V Revisited. *American Psychiatric Association*, 54, 1413.
- Kennedy, J. A. (2003). *Mastering the Kennedy Axis V; A New Psychiatric Assessment of Patient Functioning*. Washington DC, American Psychiatric Publishing, Inc.
- Keurentjes, R. B. M. (2002). *De Wet BOPZ; De betekenis van de wet voor beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag, Koninklijke Vermande.
- Klippe, H. (1981). *De rechterlijke machtiging; een literatuurstudie*. Utrecht, Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid.
- Lachar, D., Bailey, S. E., Rhoades, H. M., Espadas, A., Aponte, M., Cowan, C. A., Gummattira, P., Kopecky, C. R., Wassef, A. (2001). New Subscales for an Anchored Version of the Brief Psychiatric Rating Scale: Construction, Reliability, and Validity in Acute Psychiatric Admissions. *American Psychological Association*, 13, 384-395.
- Monahan, J. (1981). *Predicting Violent Behavior: An assessment of clinical techniques*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Mulder, C. L., Staring, A. B. P., Loos, J., Buwalda, V. J. A., Kuijpers, D., Sytema, S., Wierdsma, A. I. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5, 273-284.
- Pirkis, J. E., Burgess, P. M., Kirk, P. K., Dodson, S., Coombs, T. J. (2005). A Review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures. *Health Quality of Life Outcomes*. Op 22-05-2006 ontleend aan <http://www.pubmedcentral.gov>

- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T., Wiersma, D. (2004). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ*, *330*, 123-126.
- Reinders, O., Widdershoven, G., Bruggen, H. (2005). *Vrijheidsbeperkende maatregelen in de psychogeriatric, Een exploratief onderzoek naar overwegingen van zorgverleners*. *TGE*, *2*, 39-43.
- Schermer, M. H. N. (2003). *Drang en informele dwang in de zorg*. In Signalering Ethiek en Gezondheid (hoofdstuk 3).
- Shafer, A. (2005). Meta-Analysis of the Brief Psychiatric Rating Scale Factor Structure. *The American Psychological Association*, *17*, 324-335.
- Stolker, J. J., Hugenholtz, G. W. K., Heerdink, E. R., Nijman, H. L. I., Leufkens, H. G. M., Nolen, W. A. (2003). Separatie van opgenomen psychotische patiënten: later bij gebruik van antipsychotica en mogelijk ook minder vaak. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *12*, 557-561.
- Webster, C. D., Eaves, D., Douglas, K. S., & Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Vancouver; Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Wing, J. K., Lelliott, P., Beevor, A. S. (2000). Progress on HoNOS. *The British Journal of Psychiatry*, *176*, 392-293.

