

## Verweer tegen de beoordeling van de normering van de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst door de COTAN

Aan de ontwikkeling van de normgroepen is in de handleiding weinig aandacht gegeven. Wij beseffen en erkennen door uw reactie dat dit een tekortkoming is. De keuze is destijds gemaakt omdat wij de lezer niet wilden vermoeien met onze argumenten, die door de aard en het proces van dataverzameling nogal gecompliceerd zijn. Daarom besloten we destijds om de representativiteit niet nader in de handleiding uit te werken. Achteraf betreuren we dit besluit.

Op grond van de informatie die hierna zal volgen menen we dat de representativiteit voor de verpleeghuispopulatie voldoende tot goed is. Op dezelfde gronden beschouwen we de representativiteit van de normgroepen ouderenpsychiatrie als voldoende. Hier volgen de argumenten voor deze beweringen.

De auteurs hebben de H.A.P. ontwikkeld naast de werkzaamheden in de klinische praktijk. Omdat de dataverzameling daardoor gefaseerd en over een periode meer dan vijf jaar plaats heeft gevonden, werd een nauwkeurige weergave van de ontwikkeling ingewikkeld. In deze periode zijn ook verschillende versies van de H.A.P. gebruikt (zie hoofdstuk 1 van de handleiding).

### Normen verpleeghuis

Een gedeelte van de data is (in Fase B) in een 40-tal instellingen voor verpleegzorg (zie bijlage A in de Handleiding) gedurende een periode van 2 maanden aselekt verzameld: alle nieuw opgenomen bewoners van psychogeriatrische en in beperkte mate somatische afdelingen werden benaderd voor onderzoek met de H.A.P.

De manier waarop de respondenten van de H.A.P. werden benaderd was dus verschillend. Een gedeelte van de informanten werd als onderdeel van een standaard opnameprocedure in het verpleeghuis benaderd (n=207). Dat wil zeggen dat de contactpersoon van de betreffende verpleeghuisbewoner werd benaderd om een H.A.P. in te vullen in de periode vlak na de opname. Andere H.A.P.'s werden louter voor het wetenschappelijk onderzoek verzameld (n=92). Ook in dat geval was sprake van een aselekte benadering. Daarnaast werden vragenlijsten geïnccludeerd die waren afgenomen omdat sprake was van gedragsproblematiek (n=94) of omdat er een vraag was over plaatsing (n=20). Het laatste betreft de vaststelling op welke afdeling van het verpleeghuis de cliënt het best tot zijn recht komt. Tot slot waren er nog lijsten waarbij het doel van afname 'anders' was (n=70), of niet is geregistreerd (n=45). Resumerend: inclusie van informanten die benaderd werden bij opname of voor wetenschappelijk onderzoek vond aselekt plaats (n=299). De keuze van informanten die werden benaderd vanwege vragen over gedrag, plaatsing of anders (n=229) was selectief.

Voor bovengenoemde groepen hebben wij t-toetsen voor onafhankelijke steekproeven op de inhoudschalen uitgevoerd. Met de steekproef die standaard bij de opname werd benaderd (n=207) als referentie werden op de inhoudschalen 3 significante verschillen gevonden in per sekse vier (groepen) maal tien (schalen) analyses. Dus: 3 significante verschillen op 80 analyses. Dat is een percentage dat zelfs nog onder het gehanteerde 0.05 toevalsniveau valt. Hieruit kan volgens ons geconcludeerd worden dat de groepen niet verschillen op de inhoudschalen. Om die reden is besloten tot samenvoeging tot één normgroep.

Ook hebben wij getoetst of er significante verschillen bestonden tussen de personen die op een somatische (n=51) of op een psychogeriatrische afdeling (n=475) verbleven. Hierbij werd

slechts 1 significant verschil vastgesteld op 20 analyses (2 \* 10 voor beide seksen) wat eveneens niet boven het 5% kansniveau uitkwam. Op grond van deze gegevens en op basis van het feit dat uit eerder wetenschappelijk onderzoek nooit duidelijk een samenhang tussen persoonlijkheidskenmerken en het ontwikkelen van dementieel syndroom is vastgesteld, hebben wij gemeend de groepen 'somatiek' en 'psychogeriatric' samen te kunnen voegen tot de normgroep 'verpleeghuis'.

De uiteindelijke normgroep (n=528) komt qua sekseverdeling en leeftijdsopbouw grotendeels overeen met de landelijke verpleeghuispopulatie (zie tabel).

	Gemiddelde leeftijd	% vrouwen
Landelijke cijfers 2006 volgens ActiZ	82	68
Normgroep Verpleeghuispopulatie H.A.P.	81	64

Bron: ActiZ: De branche in cijfers (zie [www.arcares.nl/file?id=100364](http://www.arcares.nl/file?id=100364))

Bron: Handleiding H.A.P., pag. 41

Op grond van deze onderzoeksbevindingen denken wij te kunnen stellen dat er gegronde redenen zijn om de representativiteit van de normgroep voor de verpleeghuispopulatie als **voldoende tot goed** te waarderen:

- De groep cliënten die niet aselekt werden benaderd verschilden op de inhoudschalen niet van de cliënten die wel aselekt werden benaderd. Op grond daarvan kan verondersteld worden dat een volledig aselechte steekproef tot vergelijkbare normgegevens zou hebben geleid.
- De totale normgroep wijkt op demografische kenmerken niet af van de verpleeghuispopulatie anno 2006.
- De omvang van de normgroep (528 personen) is niet ideaal voor de totale populatie verpleeghuis (66.000) maar uniek vergeleken met eerder onderzoek met persoonlijkheidsvragenlijsten onder deze populatie ouderen in Nederland. In het spaarzame onderzoek dat heeft plaats gevonden was de steekgroep aanzienlijk minder groot.
- De steekproef is verzameld in een groot aantal instellingen.

#### Normen ouderenpsychiatrie

De data voor de ouderenpsychiatrie kunnen als voldoende worden beschouwd.

Bijna alle data zijn afkomstig van de Reinier van Arkelgroep in 's-Hertogenbosch. Het grootste gedeelte van de data (n=70) werd verzameld op de Geriatrie Afdeling van het Psychiatrisch Ziekenhuis (GAPZ). Het betrof een aselechte dataverzameling. Alle nieuw opgenomen cliënten werden gedurende een geruime periode benaderd voor onderzoek met de H.A.P. De overige (n=72) waren cliënten die in het circuit ouderen van de Reinier van Arkelgroep ambulante behandeld werden. In dit geval was niet sprake van een aselechte benadering. Na een intake waren deze cliënten verwezen voor psychologische behandeling en werden benaderd om deel te nemen aan het onderzoek met de H.A.P.

Voor zowel mannen als vrouwen werd onderzocht of op de inhoudschalen verschillen bestonden tussen de aselekt benaderde respondenten en de cliënten van de ambulante behandeling. Per sekse werd 1 significant verschil vastgesteld op 10 analyses. Dat is dus iets meer dan op basis van kansberekening verwacht mocht worden, maar onvoldoende afwijkend om te veronderstellen dat de groepen systematisch verschillen op persoonlijkheidskenmerken.

Temeer daar de verschillen tegenstrijdig waren: mannen van de ambulante behandeling scoorden hoger op de schaal 'Kwetsbaar in de Omgang' terwijl vrouwen van de GAPZ hoger scoorden op 'Sociaal Afzijdig Gedrag'. Besloten werd de groepen samen te voegen tot een normgroep.

De uiteindelijke normgroep (n=242) komt qua sekseverdeling, leeftijdsopbouw en psychiatrische diagnose grotendeels overeen met de landelijke populatie GGZ Ouderen (zie tabel).

	Gemiddelde leeftijd	% vrouwen	Cognitieve stoornissen	Stemmingsstoornis	Psychotische klachten	Gedragsklachten
Landelijke cijfers 2003-2005 volgens GGZ Nederland <sup>1</sup>	75	66	39	33	7	3
Normgroep Ouderenpsychiatrie H.A.P. <sup>2</sup>	74	68	44	28	8	4

<sup>1</sup> Bron: *Toenemende Zorg*

(zie: [www.ggz nederland.nl/actueel/persberichten/download/Sectorrapport%202003-2005.pdf](http://www.ggz nederland.nl/actueel/persberichten/download/Sectorrapport%202003-2005.pdf))

<sup>2</sup> Bron: *Handleiding H.A.P.*

Hoewel de data voor deze normgroep in één instelling zijn verzameld wil dat niet meteen zeggen dat daarmee de representativiteit sterk geschaad is. Er is een landelijk verwijsbeleid en bestaan duidelijke richtlijnen voor aanname van cliënten binnen de GGZ (GAF-score dient lager te zijn dan 70). Het feit dat demografische kenmerken van de normgroep niet sterk verschillen van de landelijke cijfers onderschrijft dit.

Januari 2007

H.P.J. Barendse en A.J.C. Thissen