

Kompendium 2

Evidensbaseret kompendium i neuropsykiatri: HoNOS (Health of the Nation Outcomes Scales)

**Psykometrisk beskrivelse, personaletræning,
implementering og resultater af de første 1000
patientforløb på Psykiatrisk Sygehus**

Bille J

Schütze T

Bech P

Forskningsenheden og kvalitetsenheden

Indholdsfortegnelse

Forord

Sammenfatning

Kapitel 1: Indledning

Kapitel 2: HoNOS: Psykometriske egenskaber

Kapitel 3: HoNOS: Placering blandt øvrige patientforløbsskalaer

Kapitel 4: HoNOS: Den sygeplejemæssige administration

Kapitel 5: HoNOS: Resultat af de første 6 måneders vurdering

Kapitel 6: HoNOS: Diskussion og fremtidsperspektiv

Litteraturliste

Appendiks 1: HoNOS (voksen)

Appendiks 2: HoNOS item 8 til dagafsnit (SCL-92)

Appendiks 3: HoNOS 65+ (ældre)

Appendiks 4: HoNOSCA (børn og unge)

Forord

Dette er nr. 2 i serien af evidensbaserede kompendier i neuropsykiatri. Det første kompendium i denne serie, som er initieret af psykiatrichef, cand.jur. Marianne Wiese, omhandler psykopatologi og nervemedicin. I det foreliggende kompendium er en engelsk skala, HoNOS (Health of the Nation Outcomes Scales), genstanden for en gennemgang ikke alene af skalaen og dens psykometriske egenskaber, men også en rapport om resultaterne af de første 6 måneders evaluering af samtlige indlæggelser på afdeling V og Q på Psykiatrisk Sygehus, Frederiksborg Amt i første halvdel af år 2000.

HoNOS kan ses som en miniudgave af det multiaxiale "outcome" system som blev afprøvet i midten af 1980'erne til vurdering af patientforløb under indlæggelse på voksenpsykiatriske afdelinger i Frederiksborg Amt. Denne omfattende beskrivelse af patientforløb var som HoNOS sygeplejeadministreret. Vi har siden suppleret med en vurdering af patientens egen vurdering af deres indlæggelse på de voksenpsykiatriske afsnit.

I dette kompendium har vi forsøgt at placere HoNOS blandt de andre patientforløbsskalaer der er omtalt i vort første kompendium. Men det er først og fremmest en rapport som omhandler resultatet af de omkring 1000 første patientforløb med HoNOS på de voksenpsykiatriske afdelinger V og Q. Derfor starter kompendiet med en sammenfatning og slutter med en konklusion og fremtidsperspektiver.

Sammenfatning

HoNOS = Health of the Nation Outcome Scales

- HoNOS er en skala der administreres af sygeplejepersonalet når patienten indlægges og udskrives fra det psykiatriske sygehus.
- HoNOS indeholder de 12 vigtigste problemer, der fører til indlæggelse af psykiatriske patienter på sygehuset.
- HoNOS problemerne kan inddeles i følgende 4 undergrupper (A til D):
 - (A) Adfærdsmæssige problemer
 - udadrettet aggression
 - selvmordsadfærd
 - misbrug
 - (B) Fysiske problemer
 - kognitive problemer (demens)
 - somatiske sygdomme
 - (C) Psykiatriske symptomer
 - hallucinationer/vrangforestillinger
 - depression
 - angst
 - (D) Sociale problemer
 - sociale relationer
 - ADL
 - levevilkår
 - beskæftigelse
- Meningen med HoNOS er at måle disse fire grupper af kliniske eller sociale problemer ved indlæggelsen for at se hvori deres sværhedsgrad består og at vurdere forbedringsprocenten ved udskrivningen. HoNOS er en "Outcome Scale", dvs. en skala der måler forbedringseffekten ved behandlingen under indlæggelsen.

- HoNOS er initieret af det britiske sundhedsministerium og udarbejdet af professor i socialpsykiatri, John Wing, i samarbejde med et team under Royal College of Psychiatrists i London.
- HoNOS er ved at være i brug på de fleste psykiatriske hospitaler i England.
- De første engelske erfaringer med HoNOS har været, at skalaen har vist sig værdifuld allerede ved at fremme kommunikationen mellem psykiatere indbyrdes, sygeplejerskerne indbyrdes og mellem psykiater og sygeplejersker.
- De første engelske undersøgelser har vist, at forbedringsprocenten under indlæggelsen var stor for problemgrupperne (A) og (C), dvs. adfærdsproblemer og de psykiatriske symptomer, medens de kun var moderate for problemgrupperne (B) og (D), dvs. de fysiske problemer og de sociale problemer.
- Den første ikke-engelske udgave af HoNOS er den danske udgave, som er brugt i denne undersøgelse. Sundhedsstyrelsen blev straks orienteret om HoNOS projektet (Sundhedsfaglig afdelingschef Eva Vinding).
- Psykiatrichef, cand.jur. Marianne Wiese har været involveret i det danske HoNOS projekt fra første færd og været en stor støtte gennem hele projektet.
- Den danske oversættelse af HoNOS (se Appendiks 1) har efter de gældende WHO regler om oversættelse af videnskabelige instrumenter været tilbageoversat til engelsk. Rapporten med tilbageoversættelsen til engelsk er blevet godkendt af professor John Wing og hans team i Royal College of Psychiatrists i London.
- Implementeringen i sygeplejepersonalet, herunder træningen i anvendelsen af HoNOS, er forestået af Jim Bille.
- Den datalogiske behandling af HoNOS har været forestået af Thomas Schütze.

- I en pilotundersøgelse blev de forskellige problemer ved selve anvendelsen af HoNOS af sygeplejepersonalet løst. Det blev således fundet vigtigt at have et hovedskema for indlæggelsen og udskrivningen, medens et overflytningsskema måtte udfærdiges til registrering af en overflytning mellem Q og V der kan forekomme under det enkelte patientforløb.
- Det blev fundet nødvendigt at indføre supplerende oplysninger til selve HoNOS skemaet, således at eventuelle tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser, tvangsbehandlinger og almindelige udgangsbegrænsninger kunne noteres. Endvidere blev det fundet nødvendigt at få oplysninger om hvorvidt en udskrivning var planlagt eller ikke.
- For den erfarne sygeplejerske tager det 5 til 7 minutter at udfylde HoNOS,
- Den undersøgelse, der refereres til i dette kompendium, omhandler alle indlagte patienter på afd. Q og V i tidsrummet ultimo januar til ultimo august 2000, dvs. omkring 6 måneder.
- I disse 6 måneder blev der noteret 1026 patientforløb, hvoraf 42% var mænd og 58% kvinder. Disse 1026 forløb indeholder 794 individuelle patienter. Genindlæggelsesprocenten var 22,5. Tvangsindlagte udgjorde 4,7%, tvangstilbageholdelser 8,6% og tvangsbehandlinger 1,9%. Udgangsbegrænsningen skete i 31% af tilfældene, hvilket er svarende til det, der er fundet i en undersøgelse på Psykiatrisk Hospital i Århus.
- Omkring 75% af udskrivningsforløbene var planlagte. I ca. 16% af forløbene forlangte patienten sig udskrevet før planlagt. I de resterende tilfælde var indlæggelsen blevet forlænget af eksterne forhold (ventetid til andet ophold) eller interne forhold (ventetid ved overflytning).
- De indlagte patienter fordelte sig diagnostisk efter WHO's ICD-10 diagnosesystem således, at de to største grupper var skizofreni (34%) og manio-depressivitet (26%). Af de resterende var angsttilstande størst (14%), herefter personlighedsforstyrrelser (11%), misbrug (9%) og demens (4%).

- HoNOS profilen på de 12 indlæggelsesproblemer fordelte sig sådan, at det største problem ved indlæggelsen var sociale relationer, dvs. alvorlige problemer p.g.a. tilbagetrækning fra sociale relationer (25%). Dette problem er oftest et symptom på psykiatrisk sygdom. Herefter kom de andre psykiatriske symptomer (hallucinationer, depression og angst), fra 11% til 23%. De rent adfærdsmæssige problemer (udadrettet aggression, selvmordsadfærd og misbrug) var alvorlige problemer i størrelsesordenen fra 8% til 14%. De fysiske problemer (demens og somatisk sygdom) var et alvorligt problem fra 7% til 10%.
- Forbedringsprocenten, dvs. den behandlingsmæssige virkning af selve indlæggelsen, var klart størst for de psykiatriske symptomer og den psykiatriske adfærd. Her var virkningen af en størrelsesorden på omkring 70%. Hvad angår de sociale problemer og de fysiske problemer var forbedringsprocenten ifølge HoNOS af en størrelsesorden på omkring 40%.
- Med en gennemsnitlig indlæggelsestid på omkring 2 uger er det meningsfyldt, at den største behandlingseffekt er på de sygdomsrelaterede symptomer og ikke på sådanne sociale områder som bolig og beskæftigelse. Sådanne sociale problemer må ske i det ambulante forløb eller ved overflytning til sociale institutioner (???)
- Det må konkluderes, at det moderne psykiatriske sygehus' indlæggelsesmønster ligner de medicinske sygehusafdelinger ved korte indlæggelser der fokuserer på sygdomsspecifikke problemer. De forbedres med 70%, hvilket er fuldt ?? sammenlignet med den medicinske patientbehandling.

Kapitel 1

Indledning

Dette kompendium handler om den del af neuropsykiatrien der vurderer patientforløb fra selve den akutte henvendelse ved indlæggelsen til udskrivningen fra afdelingen.

I vort første kompendium i neuropsykiatri viste vi, at der findes mange forskellige måder at vurdere patientforløb på. Vi samlede 11 forskellige skalaer der måler ændringer i de symptomprofiler, som typisk ses ved de psykiatiske patienter (f.eks. positive og negative psykosesyndromer, mani, depression, angst, demens og abstinens). De psykologiske tests (f.eks. Rorschach-prøven), der udføres af de kliniske psykologer, anvendes mere som et diagnostisk hjælpemiddel end som et instrument der måler patientforløb.

I dette kompendium vil vi alene omtale ét instrument, HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale), som måler nogle vigtige psykiatiske tilstande og sociale funktioner, der på tværs af diagnoser eller Rorschach-prøver kan afspejle patientforløb fra indlæggelse i døgn- eller dagafsnittene på de voksenpsykiatiske afdelinger V og Q i Frederiksborg Amt . Det er selve episoden, der fører til indlæggelse og tilstanden ved udskrivningen, som vil blive forelagt. Det er hensigten at medtage også det ambulante forløb i næste etape.

I 1992 udgav det britiske sundhedsministerium 'Health of the Nation', som er et strategioplæg. Man undrede sig heri over, hvorfor det stadig var nødvendigt at indlægge patienter på psykiatiske afdelinger, når behandlerne ofte gjorde opmærksom på, at man i dag råder over meget effektive behandlingsformer, både psykofarmakologiske, psykologiske og sociale. Dette medførte kontakt til Royal College of Psychiatrists i London, hvis forskningsenhed under ledelse af socialpsykiateren professor Wing udviklede skalaen HoNOS, som dækker over Health of the Nation Outcomes Scales. I 1996 var skalaen færdigudviklet, og den psykiatiske forskningsenhed i Frederiksborg Amt fik som den første ikke-engelsksprogede enhed lov til at benytte den. Årsagen hertil skal søges i det forhold, at vor forskningsenhed har opnået stor international anerkendelse for sin forskning i evidens-baserede skalaer inden for klinisk neuropsykiatri. Sundhedsstyrelsen blev straks orienteret om det danske HoNOS projekt (sundhedsfaglig afdelingschef Eva Vinding).

Som det vil fremgå af dette kompendium, har vi siden 1996 først måttet lave en sikker oversættelse af HoNOS og herefter få den implementeret både hos sygeplejepersonalet og i amtets IT-afdeling. Fra vore tidligere forsøg på at måle patientforløb under indlæggelse ved vi, at sygeplejepersonalet er det mest relevante til at foretage registreringen rent klinisk af sådanne problemer, der dækkes af HoNOS. Det har endvidere været vores erfaring, at det er meget vigtigt, at vi selv har en IT-erfaren læge til at sikre at databehandlingen af det store datamateriale, som HoNOS afstedkommer, bliver korrekt.

Helt essentielt er det, at sygehusets ledelse er aktivt interesseret i at et system som HoNOS kan indgå i den daglige rutine til måling af patientforløb. Psykiatrichef, cand. jur. Marianne Wiese har fra første færd været interesseret i HoNOS-projektet.

Afdelingssygeplejerske Jim Bille har været til træning i brugen af HoNOS i London og han har ikke alene ledet selve træningen af sygeplejepersonalet i systemet, men har også sikret selve den kliniske implementering i afsnittene. Som det vil fremgå, omhandler HoNOS tolv problemer, som kan være årsag til indlæggelse. Selv hvis HoNOS ikke fandtes, er det tolv problemer som et sygeplejeteam i et afsnit må være opmærksomme på, når de står overfor en ny patient, der netop er blevet indlagt.

Daværende 1. reservelæge Thomas Schütze, Afdeling V, har fra starten været den IT-kyndige læge som i samarbejde med IT-afdelingen har sikret, at de indløbende HoNOS-data er blevet gjort 'grydeklar' til datalogisk behandling. Han har også forestået den statistiske analyse af de data, der vil blive vist i dette kompendium.

Samarbejdet mellem forskningsenheden og kvalitetsenheden i HoNOS-projektet viser at god kvalitetsvurdering hviler på forskningsmæssig viden. HoNOS er et redskab til vurdering af patientforløb i den for den kliniske hverdag. Det er således ikke et redskab til opfølgning af selve arten af den givne behandling.

Kapitel 2

HoNOS : psykometriske egenskaber

Tabel 1 viser HoNOS-skalaen. Som det ses, består skalaen af 8 kliniske problemer og 4 sociale problemer. De 3 første problemer er adfærdsmæssige (udadrettet aggression, indadrettet aggression, og misbrugsadfærd). De 2 næste problemer er observerbare tegn til fysisk sygdom og kognitive forstyrrelser. De næste 3 problemer er subjektive patientoplevelser (hallucinationer, depression og angst). Endelig kommer de sidste 4 problemer, som er forskellige sociale problemer. I Appendix 1 er hele HoNOS-skalaen vist.

Figur 1 viser skalaen beskrevet ud fra dens psykometriske trekant. Det skalaen har til hensigt at måle er de ovennævnte 12 kliniske og sociale problemer. Hvorledes dette sker i praksis vil fremgå af kapitel 4.

Skalaens reliabilitet er faktisk det som forskergruppen bag HoNOS har ment er noget af skalaens vigtigste aspekter, nemlig kommunikerbarhed mellem psykiatere indbyrdes, mellem sygeplejen indbyrdes og mellem psykiatere og sygeplejersker. I kapitel 4 vil der blive redegjort for kommunikerbarheden mellem sygeplejerskerne indbyrdes. Der foreligger to undersøgelser om reliabilitet af HoNOS fra de originale engelske undersøgelser. Tabel 2 viser resultatet fra disse undersøgelser fra henholdsvis Nottingham og Manchester. Når man skal angive graden af enighed når læger, psykologer eller sygeplejersker vurderes den samme patientgruppe, benytter man sig af den såkaldte Intra Class Coefficient (ICC), der ligesom andre kvotienter går fra 0,0 til 1,0, hvor 1,0 betyder perfekt enighed. Tabel 3 viser betydningen af ICC oversat til graden af reliabilitet (eller enighed). I denne forbindelse skal det nævnes at reliabiliteten af de ældre WHO-diagnoser (International Classification of Diseases, ICD-8), som blev brugt herhjemme indtil 31. december 1993, var omkring 0,41 til 0,60, dvs. moderat, men ikke acceptabel enighed. Rorschach-prøven havde ligeledes en ICC omkring 0,41-0,60, men forbedrede interviewteknikker til Rorschach-prøven har øget ICC. For det nugældende WHO-diagnosesystem ICD-10 er ICC-enighed i området fra 0,61 til 0,85. Det er på den baggrund man skal vurdere de første resultater fra England. Som det fremgår af Tabel 2 er tilstedeværelsen af fysisk sygdom eller psykopatologiske symptomer de områder af HoNOS hvor reliabiliteten er inden for det næsten perfekte.

Det er imidlertid i de engelske undersøgelser blevet fundet nødvendigt at sammenlægge de enkelte problemer i undergrupper. Da skalaens egentlige formål er at måle profilen af det enkelte HoNOS problem, vil vi i vor præsentation af resultaterne angive de enkelte problemer og først herefter sammenlægge dem i overensstemmelse med den engelske tradition. Validiteten af en skala er som angivet i Figur 1 såvel noget internt (meningen med skalaen) som noget eksternt (dens evne til i praksis at måle ændringer i et patientforløb).

I modsætning til de engelske undersøgelser vil vi således ved skalaens indre validitet forstå de 12 problemer som 12 selvstændige områder vedrørende indlæggelsesomstændigheder og derfor ikke uden videre lægge dem sammen, som om der findes et enkelt "termometer" for indlæggelsesgrad. Hvis vi skal tale om et sådant "termometer", må vi sige at HoNOS består af 12 forskellige "instrumenter" eller "termometre". Som vist i Tabel 2 kan man måske have nytte af at operere med fire "deltermometre".

Mange tror, ikke mindst de etiske komitéer i Danmark, at en skalas validitet alene er et spørgsmål om hvorvidt den er validt eller korrekt oversat fra det sprog den oprindeligt er udviklet på, men validitetsaspektet er, som anført ovenfor, betydeligt mere vidtgående.

HoNOS er en engelsk skala, og den er blevet oversat til dansk efter de gældende WHO-principper. Således er skalaen først oversat fra engelsk til dansk af to uafhængige oversættere. Dette har ført til en dansksproget konsensusudgave. Herefter er skalaen tilbageoversat til engelsk af to nye, uafhængige oversættere. Den endelige engelsksprogede konsensustilbageoversættelse er sammen med en rapport sendt til den engelske forskergruppe på Royal College of Psychiatrists i London. Her havde man nogle uddybende kommentarer, hvorefter den danske HoNOS-udgave endelig er blevet godkendt. For denne proces og rapport har læge Claire Gudex og forskningssygeplejerske Vibeke Nørholm haft ansvaret. Claire Gudex arbejder nu på WHO's Europakontor i København, og Vibeke Nørholm er ph.d.-studerende ved vores Forskningsenhed.

Kapitel 3

HoNOS: dens placering blandt de øvrige patientforløbsskalaer

Tabel 1 viser HoNOS' scoringstal med de 12 problemer som er fundet relevante ved indlæggelse af den psykiatriske patient. Hvert af disse problemer bliver vurderet fra 0 = intet problem til 4 = et meget alvorligt problem. 2 betyder et klart problem som dog kun er til stede i lettere til moderat grad, medens 3 betyder at problemet er til stede i markant grad. Se i øvrigt Appendix 1.

Problem 1: Udadrettet aggression

Dette er ikke en diagnose, man kan finde i ICD-10 eller DSM-IV. Det er et meget vigtigt indlæggelsesproblem og ses især ved mani og skizofreni, men også ved demens. Det går således på tværs af de psykiatriske diagnoser. I det første neuropsykiatriske kompendium er udadrettet aggression omfattet af skala 8: Social Dysfunktions- og Aggressionsskala (SDAS). Her anvendes der 9 forskellige symptomer til afgrænsning af den aggressive dimension.

Problem 2: Selvmordsadfærd

Dette indlæggelsesproblem er igen noget der går på tværs af de psykiatriske diagnoser. Af de personer, der begår selvmord er omkring 75% depressive, men selvmordsadfærd ses også ved skizofreni, misbrug og personlighedsforstyrrelser. Ved den primært depressive patient opfattes selvmord som et symptom ved sygdommen og ikke som en konsekvens af sygdommen.

Problem 3: Misbrug af alkohol, beslægtede stoffer eller narkotika

Dette indlæggelsesproblem er selvstændige diagnoser. Således dækkes misbrug af ICD-10 numrene F10 til F19. I HoNOS er det specielt vigtigt at få misbrug vurderet uafhængigt af de øvrige F-numre uden for 10 til 19.

I det første neuropsykiatriske kompendium er skala nr. 1 en abstinenssymptomskala der anvendes ved selve behandlingen af abstinenssyndromet efter misbrug af alkohol og beslægtede stoffer.

Problem 4: Kognitive problemer: hukommelse og sproglig kommunikation

Dette indlæggelsesproblem er tæt sammenkoblet med demens, men kan fejlbedømmes f.eks. hos den depressive patient. I dette tilfælde vil der naturligvis være en meget større behandlingseffekt end det vi ser hos den primært demente patient.

I det første neuropsykiatriske kompendium omhandler skala nr. 10 en demensskala der rummer de 14 mest relevante demenssymptomer.

Problem 5: Fysisk sygdom førende til funktionsnedsættelse

Dette problem kan i sig selv være indlæggelsesårsag for den psykiatriske patient, idet Psykiatrisk Sygehus har et godt samarbejde med Frederiksborg Amts somatiske hospitalsafdelinger.

Problem 6: Hallucinationer og vrangforestillinger

Dette problem er nogle af de væsentligste symptomer ved psykotisk adfærd, ikke mindst i henhold til lovgivningen omkring tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Det er symptomer som går på tværs af de psykiatriske diagnoser. De kaldes positive symptomer ved skizofreni. Ved depression er de indikation for sværhedsgraden. En depressiv patient med hallucinationer eller vrangforestillinger er mere syg end en uden disse symptomer. I modsætning hertil er en skizofren patient med hallucinationer og vrangforestillinger ikke nødvendigvis mere syg end en skizofren patient uden disse symptomer. Her er de negative skizofreni-symptomer afgørende.

I det første neuropsykiatriske kompendium indgår hallucinationer og vrangforestillinger både i skala 2 (Hamiltons Depressionsskala), skala 3 (Maniskala), skala 4 (Melankoliskala), skala 5 (BPRS), skala 6 (Positive og negative symptomer ved skizofreni), og i skala 10 (Demensskala).

Problem 7: Depression

Dette indlæggelsesproblem er naturligvis tæt knyttet til depressionssygdommen, men ses også ved skizofreni, demens og angst. I skala 2 (Hamiltons Depressionsskala) er det et af de vigtigste symptomer, således som det også er i ICD-10 og DSM-IV diagnosen major depression.

Problem 8: Angst der fører til kontroltab

Dette problem omhandler de neurose-relaterede diagnoser i ICD-10 under F 40 til F49, herunder fobi, tvangstanker og tvangshandlinger.

Ved de første erfaringer med HoNOS blev det åbenbart at patienter, der indlægges på vore dagafsnit, har angst som primært problem. Det betyder, at de syv ovennævnte HoNOS problemer er beskedne i denne gruppe af patienter, hvorfor der savnedes en mere nuanceret evaluering.

Medens man i London på Royal College of Psychiatrists' forskningsenhed har udviklet HoNOS-versioner for unge (Appendiks 3) og ældre (Appendiks 4), har man haft svært ved at finde den rette løsning til angstproblematikken. Efter aftale med professor Wing har vi indført spørgeskemaet SCL-92 som løsning (Appendiks 2).

Dette SCL-92 skema blev udviklet i Baltimore i 1950-erne til måling af virkningen af psykoterapi. Det første udkast til SCL indeholdt 41 symptomer som afspejlede stress og neurotisk adfærd. Angstdiagnoserne i ICD-10 F40 til F49 har som overskrift neurotiske og stressrelaterede tilstande.

Tabel 4 viser de områder der måles med SCL-92: Interpersonel sensitivitet, depression, generaliseret angst, fobisk angst, obsessiv-kompulsiv tilstand, somatiseringstendens og vrede. Vi har tillempet SCL-92 således at hver af disse problemer måler fra 0 til 4. I Appendix 2 er selve SCL-92 spørgeskemaet vist.

Problem 9: Sociale relationer førende til isolation fra menneskelig kontakt

Omhandler uanset diagnosen patientens problemer med aktiv eller passiv tilbagetrækning. Det er et væsentligt symptom ved både skizofreni og depression.

Problem 10: ADL

Activities of daily living (ADL) omhandler problemer med de mest basale aktiviteter i det daglige, f.eks. personlig pleje og selvhjulpenhed.

Problem 11: Levevilkår

Omhandler boligproblemer og de daglige rutiner i hjemmet.

Problem 12: Aktiviteter og beskæftigelse

Omhandler muligheder for at opretholde eller forbedre beskæftigelsesmæssige og rekreative færdigheder og aktiviteter.

Medens de skalaer som er gengivet i det første neuropsykiatriske kompendium består af en række symptomer der har additiv karakter, dvs. summen af disse symptomer angiver sværhedsgraden af den pågældende dimension, skal HoNOS benyttes ud fra

den antagelse at addition ikke er ønskelig. Det er profilen af de 12 HoNOS-symptomer, der er endemålet med vurderingen.

Der har imidlertid været gjort forsøg med at addere HoNOS-problemerne til et overordnet mål. Herved er der sammenlignet med akse 5 i DSM-IV, som er en enkelt dimension, der måler den globale funktion (GAF), hvor 100 angiver bedst tænkelig funktion og 0 værst tænkelig funktion. Man har fundet en acceptabel korrelation mellem HoNOS total score og GAF ($r = -0,74$). Det samme er tilfældet når man sammenligner HoNOS med Role Functioning Scale ($r = -0,84$). Hvis man benytter de undergrupperinger af HoNOS som er vist i Tabel 2, finder man en forskel mellem dem i forløbet fa en indlæggelse. Således har de første engelske undersøgelser vist, at problemområdet *psykopatologiske symptomer* (problem 6, 7 og 8) har størst ændring, så kommer *adfærd* (problem 1, 2, 3) herefter de *sociale problemer* (9, 10, 11, 12) og sidst kommer de *kognitive og fysiske problemer* (4 og 5).Kapitel 4

Kapitel 4

HoNOS: den sygeplejemæssige administration

HoNOS blev introduceret til personalet i 1997, og efterfølgende blev der oprettet en nøglepersonsgruppe bestående af sygeplejersker fra døgnafsnittene. Nøglepersonerne har gennemgået et udvidet træningskursus samt modtaget løbende undervisning.

Nøglepersonerne har deltaget i udformning af undervisningsmateriale, undervisning af personale, introduktion til HoNOS for nyansat personale i eget afsnit, afklaring af tvivlsspørgsmål, samt deltaget i oversættelse af undervisningsmateriale. En af gruppens væsentlige opgaver har været afklaring af generelle tvivlsspørgsmål fra praksis for derigennem at sikre en ensartet og pålidelig rating af patienterne.

Procedure

HoNOS rating påbegyndtes på døgnafsnittene i 1998. Efterfølgende blev dagafsnittene koblet på i foråret 1999. Tanken var at anvende et faxbaseret system til registrering af data. Patienterne blev ratet ved indlæggelse, udskrivelse og overflytning mellem afsnittene. Ratingresultaterne blev påført et specielt skema som herefter blev faxet direkte til en centralt placeret pc'er. Systemet havde imidlertid den ulempe, at det var særdeles tidskrævende at vedligeholde databasen. I forbindelse med den første planlagte opgørelse af resultater i efteråret 1999 viste det sig desuden, at mange patientforløb var ufuldstændigt registreret.

Herefter blev system og procedure ændret ultimo januar 2000 således, at registrering af patientforløbene blev opdelt i to forskellige skemaer:

1. Hovedskema for registrering af rating ved indlæggelse og udskrivning. Dette skema følger patienten ved interne overflytninger. HoNOS data blev endvidere suppleret med data om indlæggelsesmåde, forhold vedr. indlæggelse og udskrivning. Ved indlæggelse rates det største problem indenfor de sidste 2 uger før indlæggelsen. De meget korte indlæggelsestider på døgnafsnittene medførte et behov for ændring af princippet for rating ved udskrivning, således at denne rating nu foretages på baggrund af en vurdering af patientens aktuelle tilstand ved udskrivning.
2. Overflytningsskema til registrering af patientens aktuelle tilstand ved interne overflytninger.

Undervisning i brug af HoNOS

Undervisningen har primært rettet sig til de personalemedlemmer der rater patienter. På døgnafsnittene udføres ratingen af plejepersonalet, og på dagafsnittene rates patienterne af kontaktpersonerne.

Undervisningen (2½ til 3 timer) indeholder en introduktion til HoNOS, herunder baggrund for udviklingen af instrumentet, procedurer, principper for rating samt træning ud fra case.

Vi har valgt at anvende den case College of Psychiatrists i London anvender på deres træningskurser, hvilket har givet mulighed for, at sammenligne træningsresultater. En opgørelse af de første 182 træningsresultater viste god overensstemmelse med resultaterne fra England. Resultaterne fra undervisningen på Psykiatrisk Sygehus har ikke vist markante forskelle i de enkelte faggruppers rating. Præcisionen har været afhængig af raterne psykiatriske erfaring. Erfarent personales resultater har være de mest præcise

Engelske erfaringer har vist god overensstemmelse mellem læger og sygeplejerskes rating. Øvrige faggrupper har mindre afvigelser i deres rating (HoNOS – Report on Research and Development 1995).

Resultaterne fra undervisningen på Psykiatrisk Sygehus har ikke vist forskelle i de enkelte faggruppers rating. Der har været en klar tendens til at træningsratingerne er blevet mere præcise i og med, at "kursisterne" har ratet patienter inden de får undervisning.

Undervisningen er blevet fulgt op af hyppige kontakter til afsnittene.

De items der generelt giver de største problemer er item 4 (kognitive problemer) item 11 (problemer med levevilkår) samt item 12 (problemer med beskæftigelse og aktiviteter), hvilket svarer til Orrell et. al (1999) der specielt påpeger problemer med rating af item 11 og 12. Problemerne med item 4 bunder oftest i raterens manglende erfaring. Problemerne med item 11 og 12 har primært haft baggrund i manglende data/viden om patientens hjemlige situation. Samtidig er det nøglepersonernes vurdering, at rating af disse items kræver en større indsats m.h.t. at forstå de forhold der skal vægtes i ratingen. Personalets oplever at rating af de to nævnte item må være behæftet med den største usikkerhed. Omvendt har Mick James, National HoNOS-kordinator, (England), dokumenteret at, ekstra træning af personalet i specielt item 11 og 12 har medført god overensstemmelse mellem hospitals rating af patienter ved udskrivelse og den rating der efterfølgende er foretaget af personalet i primærsektor.

Tidsforbrug.

Rating ved henholdsvis indlæggelse og udskrivning tager 5 - 7 minutter afhængig af raterens rutine og forudsat, at de nødvendige data er indsamlet. Erfaringerne fra Psykiatrisk Sygehus er, at man skal have udført ca. 20 ratings før ovenstående tidsforbrug opnås.

Skematjek, indtastning af data samt vedligeholdelse af databasen varetages af kvalitetsenheden.

Kapitel 5

Resultat af de første 6 måneders HoNOS vurderinger

Resultatopgørelsen dækker de forløb der er blevet registreret i perioden fra 27. januar til 30. august 2000, dvs. svarende til 6 måneder. Forløbene dækker både afdeling V (almindelig voksenpsykiatrisk afdeling for hele Frederiksborg Amt) og afd. Q (herunder det intensive afsnit der modtager tvangsindlæggelserne). Der er en overvægt af mænd på det intensive afsnit, medens kvinder dominerer på de åbne afsnit. Middelværdierne for de enkelte HoNOS problemer viser en kønsforskel, således at kvinder scorer højest på depressionsproblemet, medens mænd scorer højest på udadrettet aggression og misbrug. Disse forskelle er statistisk signifikante. De er dog klinisk set små, hvorfor mænd og kvinder er slået sammen i resultatbeskrivelsen.

De patientforløb som skal vises i det følgende består af i alt 1026 forløb (omhandlende 794 patienter). Af disse forløb er 41,9% mænd og 58,1% kvinder.

Tvangsindlagte udgør 4,7% og tvangstilbageholdte 8,6%. Af såkaldt ikke-legale udgangsbegrænsninger var der 30,9%, hvilket er helt sammenligneligt med Henrik Day Poulsens ph.d.-afhandling fra Psykiatrisk Hospital i Århus (30%). Endelig var antallet af tvangsbehandlede 2,9% (se øvrigt **Tabel 5**).

Ud over disse grundkarakteristika har vi i den danske HoNOS-undersøgelse også registreret forhold vedrørende udskrivningen som vist i **Tabel 6**. Således var 74,4% planlagte, medens 15,7% var for tidligt udskrevne, da patienten selv ønskede sig udskrevet.

I alt 5,5% havde forlænget ophold pga. interne forhold og 3,9% pga. eksterne forhold.

Tabel 7 viser ICD-10 diagnosefordelingen. Således udgjorde skizofreni den største gruppe på 34,2% og dernæst affektive lidelser (depression og mani), 25,5%. Angstsymptomer, personlighedsforstyrrelser og misbrugssymptomer udgjorde henholdsvis 13,9%, 11,4% og 8,8%. Endelig udgjorde de organiske lidelser (demens) 4,1%. Øvrige diagnoser udgjorde 2,1%.

Tabel 8 viser den procentvise fordeling for de 12 HoNOS-problemer når vi alene medtager de patienter der har haft problemer af markant til meget alvorlig sværhedsgrad, dvs. et score på 3 eller 4.

Ved indlæggelsen havde 11% markant til svær udadrettet aggression, men dette var klart formindsket ved udskrivningen (1%). Ved indlæggelsen havde 8% betydelig

selvmordsrisiko, ved udskrivningen var dette under 1%. Misbrug som et selvstændigt problem havde 14% ved indlæggelsen og dette var halveret ved udskrivningen.

Fysisk sygdom som et ledsageproblem var markant for 10% af patienterne, men dette var også blevet halveret ved udskrivningen.

Hallucinationer eller markante vrangforestillinger blev iagttaget hos 17% ved indlæggelsen. Ved udskrivningen var dette faldet til kun 4%. Den moderne antipsykotiske medicin virker netop på disse symptomer, som er den hyppigste indlæggelsesårsag ved de psykotiske tilstande. Svær eller alvorlig depression blev fundet ved 11% af patienterne som indlæggelsesårsag. Ved udskrivningen var det under 1%, hvilket viser den effektive antidepressive behandling vi i dag råder over. Blandt de affektive tilstande var fobierne den hyppigste indlæggelsesårsag. Det er dagafsnittene hvortil disse markante til meget udtalte fobiske tilstande henvises. Den psykoterapeutiske effekt heraf er betydelig, da kun 7% ved udskrivningen stadig havde dette problem.

Blandt de sociale problemområder var problemerne med tilbagetrækning fra menneskelig kontakt den hyppigste (25%). Ved udskrivningen var dette blevet forbedret i halvdelen af tilfældene.

Under den relativt korte indlæggelsestid er det klart at de øvrige sociale problemer, ikke mindst boligproblemer, er vanskelige at få forbedret i betydelig grad, men tendensen er klar: Ved udskrivningen er problemerne aftaget.

Tabel 9 viser hvor mange procents forbedring selve indlæggelsesbehandlingen har medført. Denne forbedringsprocent er således udregnet ud fra procenten af meget alvorlige problemer ved indlæggelsen minus procenten af meget alvorlige problemer ved udskrivningen (Tabel 8) divideret med indlæggelsesprocenten af meget alvorlige problemer. De 12 HoNOS problemer er nu sammenfattede i de fire delgrupper som man ifølge HoNOS instruksen almindeligvis angiver.

Af Tabel 9 fremgår det at vi i overensstemmelse med de originale engelske opgørelser finder at den største forskelsprocent er for de psykopatologiske symptomer (hallucinationer, depression og angst). Lige efter kommer de adfærdsmæssige problemer (aggression, selvmord og angst),

De organisk prægede problemer (kognitive og fysiske lidelser) og de sociale problemer har begge en forskelsprocent på omkring 40%.

Tabel 10 viser en lille omstrukturering af Tabel 6a idet de sociale relationer (social isolation) er blevet placeret sammen med de egentlige psykopatologiske problemer. Den sociale tilbagetrækning eller isolation er et vigtigt symptom både ved skizofreni og

ved depression. Mani, der opfattes som det modsatte af depression, er forbundet med social kontaktsøgen, dvs. det modsatte af isolation. Såvel de organisk prægede problemer som de egentlige sociale problemer udgør samlet færre indlæggelsesproblemer end de egentlige psykopatologiske problemer.

Tabel 11 viser hvorledes de egentlige psykopatologiske problemer ved indlæggelsen afspejles i de hyppigste ICD-10 diagnoser (skizofreni, manio-depressive lidelser og angsttilstande). Det ses da at skizofreni som den eneste alvorlige psykiatriske sygdom der indeholder alle de egentlige psykopatologiske problemer. Herefter kommer de manio-depressive. Ved mani mangler man den maniske kontaktsøgen som kan gå over i kraftig risikobetonet adfærd (økonomisk og seksuelt). Endelig ses det at angsttilstanden er for snævert beskrevet i HoNOS. Derfor vort forslag til brugen af SCL-92 spørgeskemaet (Tabel 4, Appendiks 2).

Kapitel 6

Diskussion og fremtidsperspektiv

HoNOS er et instrument der kan administreres af den erfarne sygeplejerske på ca. 5 minutter idet skalaen indeholder 12 vigtige problemer, der fører til patienters indlæggelse på et psykiatrisk sygehus. Det er problemer der bør være tilgængelige ved indlæggelsen og som HoNOS på checklitemanér får noteret på en overskuelig måde. Ved udskrivningen kan man vurdere forbedringsprocenten på disse 12 problemer.

Sammenlignet med vort tidligere multiaksiale system er HoNOS en meget enklere skala. Nogle vil måske finde HoNOS alt for simpel, f.eks. til patienter i det psykoterapeutiske dagafsnit. Derfor er HoNOS nu blevet udvidet inden for angsttilstande med spørgeskemaet SCL-92 (Appendiks 2).

Siden vore første forsøg på at finde et HoNOS-lignende system for 15 år siden er den gennemsnitlige indlæggelsestid blevet reduceret fra 3 uger til 2 uger. Resultatet af de første 1000 patientforløb på de voksenpsykiatriske afdelinger viser at det er patientens sygdomssymptomer der forbedres markant (70%) under indlæggelsen medens de sociale problemer forbedres væsentlig mindre. På 2 uger kan "asylfunktionen" bolig-mæssigt naturligvis ikke løses på en tilfredsstillende måde. HoNOS resultatet viser tydeligt, at den moderne behandling af den psykiatriske patient ved en indlæggelse ligner behandlingen af den indlagte medicinske patient: på 2 uger kan sygdomssymptomerne klart reduceres. Efter udskrivningen er den fortsatte ambulante behandling særlig vigtig for at undgå tilbagefald. Det er hensigten at benytte HoNOS også i den ambulante behandling til at vurdere hvornår der er tale om en efterbehandling af et hospitalsophold og hvornår der er tale om en egentlig forebyggende behandling. Her vil samarbejdet med den praktiserende læge få den samme betydning som for den medicinske patient. HoNOS kan i denne situation være betydningsfuld i kommunikationen.

De meget positive erfaringer i England med HoNOS har øget behovet for at få en modifikation til brug i børne- og ungdomspsykiatri og en modifikation for de ældre patienter. I Appendiks 3 og 4 er de danske udgaver vist. De vil blive introduceret på Psykiatrisk Sygehus i løbet af 2001.

Når man i en periode vil vurdere nogle særlige problemer af administrativ eller behandlingsmæssig karakter er HoNOS vigtig til de forskellige analyser sådanne særprojekter medfører.

I den danske HoNOS-udgave har vi suppleret med nogle oplysninger som vi i pilotundersøgelsen fandt vigtige. Når man skal vurdere relevansen af en indlæggelsestid er det vigtigt at kunne skelne mellem planlagte udskrivninger og udskrivninger der er blevet for korte (patienten har forlangt sig udskrevet), respektive for lange (ventetid til overflytninger). Vi fandt det også vigtigt ikke blot at notere den tvang som er reguleret i en lovtekst, den såkaldte extralegale tvang. Her tænkes på begrænsningen i udgang fra afdelingen af frivilligt indlagte patienter. Nogle psykiatriske tilstande (f.eks. den suicidal patient) kan nødvendiggøre visse foranstaltninger i en bestemt periode (begrænset udgang, f.eks. kun ifølge med personale). Disse former for restriktioner i udgang skal ikke noteres på Sundhedsstyrelsens officielle tvangsprotokol. I en Ph.D.-afhandling fra Psykiatrisk Hospital i Århus fandt Henrik Day Poulsen for nylig, at 35% af frivilligt indlagte patienter havde været udsat for en sådan "extralegal" indskrænket terrænfrihed. I vor undersøgelse fandt vi omkring 30%, altså af samme størrelsesorden. Den gruppe patienter hvor indskrænket terrænfrihed blev anvendt var både i Århusundersøgelsen og i vore undersøgelser de mest syge patienter. Vi opfatter foranstaltningerne som led i den miljøterapeutiske indsats, men dette kan være genstand for et særligt projekt hvor brugen af HoNOS vil være nødvendig.

Tabel 1

HoNOS scoringstal

Nr.	Problem	Score	
1	Udadrettet aggression	0 – 4	
2	Selvmondsadfærd	0 – 4	
3	Misbrug	0 – 4	
4	Kognitive problemer	0 – 4	
5	Fysisk sygdom	0 – 4	
6	Hallucinationer/ vrangforestillinger	0 – 4	
7	Depression	0 – 4	
8	Andre psykopatologiske symptomer	0 – 4	
9	Sociale relationer	0 – 4	
10	ADL	0 – 4	
11	Levevilkår	0 – 4	
12	Beskæftigelse	0 – 4	

0 = intet problem

1 = let problem

2 = moderat problem

3 = markant problem

4 = meget alvorligt problem

Tabel 2

Reliabiliteten af HoNOS i de første to engelske undersøgelser

HoNOS delskalaen	Nottingham studiet (N = 100)	Manchester studiet (N = 97)
Problem 1, 2 og 3 (aggression, selvmords- eller misbrugsadfærd)	0,89	0,74
Problem 4 og 5 (kognitive og fysiske forstyrrelser eller sygdomme)	0,87	0,95
Problem 6, 7 og 8 (psykopatologiske symptomer)	0,88	0,81
Problem 9, 10, 11, 12 (sociale problemer)	0,82	0,68
Total (1 til 12)	0,86	0,86

Tabel 3

Betydningen af Inter Class Coefficient (ICC)

ICC	Grad af reliabilitet
0,0 – 0,20	ingen reliabilitet
0,21 – 0,40	ganske beskednen reliabilitet
0,41 – 0,60	moderat, men ikke acceptabel reliabilitet
0,61 – 0,79	acceptabel reliabilitet
0,80 – 1,00	klar, næsten perfekt reliabilitet

Tabel 4

Selvvurderet HoNOS ved brug af spørgeskemaet SCL-92

SCL-92 delskalaer	HoNOS problem 8				
	0	1	2	3	4
Depression					
Angst, generaliseret					
Angst, fobisk					
Obsession, kompulsion					
Interpersonel sensitivitet (neuroseadfærd)					
Somatisering					
Vrede					

Tabel 5

Antal forløb	1026 (mænd 41,9%, kvinder 58,1%)
Antal patienter	794
Genindlæggelser	22,5%
Antal tvangsindlagte	4,7%
Antal tilbageholdelser	8,6%
Antal udgangsbegrænsninger	30,9%
Antal tvangsbehandlinger	2,9%

Tabel 6
Forhold vedrørende udskrivning
(N = 1026)

Planlagte	74,4%
Forlænget, eksterne forhold	3,9%
Forlænget, interne forhold	5,5%
Patient forlanger sig udskrevet	15,7%

Tabel 7
Diagnosegrupper ICD-10
(N = 1026)

Organiske lidelser (demens)	4,1%
Misbrug	8,8%
Skizofreni	34,2%
Affektive lidelser	25,5%
Angsttilstande	13,9%
Personlighedsforstyrrelse	11,4%
Andet	2,1%

Tabel 8

HoNOS: Procent af markante eller meget alvorlige problemer

**(score 3 eller 4)
(N = 1026)**

		Indl	Udskr
1	Udadrettet aggression	11%	1%
2	Selvmondsadfærd	8%	1%
3	Misbrug	14%	8%
4	Kognitive problemer	7%	4%
5	Fysisk sygdom	10%	6%
6	Hallucinationer/ vrangforestillinger	17%	4%
7	Depression	11%	1%
8	Fobisk angst	23%	7%
9	Sociale relationer	25%	14%
10	ADL	12%	8%
11	Levevilkår	9%	7%
12	Aktiviteter, beskæftigelse	7%	4%

Tabel 9

**Forbedringsprocenten på de fire HoNOS delskalaer:
adfærd, organisk prægede problemer, psykopatologiske symptomer og sociale
problemer**

Adfærd (aggression, selvmord, misbrug)	70%
Organisk prægede problemer (kognitive, fysiske lidelser)	41%
Psykopatologiske symptomer (hallucinationer, depression, angst)	76%
Sociale problemer (sociale relationer, ADL, levevilkår)	41%

Tabel 10

Psykopatologiske problemer	Udadrettet aggression	11%
	Selvmondsadfærd	8%
	Hallucinationer/ vrangforestillinger	17%
	Depression	11%
	Angst	23%
	Sociale relationer	25%
Organiske problemer	Misbrug	14%
	Kognitive problemer	7%
	Fysisk Sygdom	10%
Sociale problemer	Misbrug	12%
	Levevilkår	9%
	Aktiviteter, beskæftigelse	7%

Tabel 11

De seks psykopatologiske problemer i HoNOS	ICD-10 diagnoser			
	skizofreni	depression	mani	angst
Udadrettet aggression	+		+	
Selvmondsadfærd	+	+		
Hallucinationer/ vrangforestillinger	+	+	+	
Depression	+	+		
Angst	+	+		+
Sociale relationer	+	+		

Figur 1

Den psykometriske trekant

Meningen med skalaen:

Intern validitet

Skalaens mening er at måle de kliniske og sociale problemer der oftest fører til indlæggelse

HoNOS

At kommunikere:

Reliabilitet

Skalaen har vist sig at fremme enigheden mellem psykiatere indbyrdes, mellem sygeplejersker indbyrdes, og mellem psykiatere og sygeplejersker

Praktiske resultater:

Ekstern validitet

Skalaen har vist sig at være sensitiv til at måle ændringer under en indlæggelse.

Litteraturhenvisninger

- Bech P. Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. A compendium on documentation in accordance with the DSM-III-R and WHO systems. Berlin: Springer 1993.
- Bech P. Evidensbaseret kompendium for neuropsykiatri: Psykopatologi og nervemedicin. Frederiksborg Amt: Psykiatrisk Sygehus 2000.
- Bech P, Hjortsø S, Lund K, Vilmar T, Kastrup M. An integration of the DSM-III and ICD-8 by global severity assessments for measuring multidimensional outcomes in general hospital psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987; 75: 297-306.
- Browne, S et al: Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): use in an Irish psychiatric outpatient population, *Irish journal of Psychological Medicine*, 2000; 17(1): 17 – 19.
- James, M (maj 2000) - personlig meddelelse.
- Kelstrup A, Bech P, Lund K, Vilmar T, Hjortsø S, Lauritsen B. Brugernes evaluering af to psykiatriske afdelinger. Dansk Sygehus Institut 1990
- Orrell et al. Validity and reliability of the Health of the Nation Outcome Scales in psychiatric patients in the community. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174: 409-412
- Wing, JK, Curtis RH, Beevor AS. HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales: Report on research and development July 1993 - Decembe1995, Royal College of Psychiatrists, London: 1996
- Wing JK, Beevor AS, Curtis RH et al. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and developement. *British Journal of Psychiatrists* 1998; 172: 11-18