

Red ROM als kwaliteitsinstrument

K. DE JONG, B. TIEMENS, M.J.P.M. VERBRAAK E.A.¹



In het recent verschenen rapport over de bekostiging van de curatieve ggz concludeert de Algemene Rekenkamer (2017): *'informatie die met ROM [routine outcome monitoring] wordt verkregen, heeft beperkingen en is van onvoldoende kwaliteit om te dienen als sturingsinformatie bij de zorginkoop'* (p. 14). Dit rapport is door een groep psychiaters en psychologen aangegepen om de petitie 'Stop benchmark met ROM' (www.stoprom.com) in het leven te roepen, die inmiddels door ruim 6000 mensen getekend is. In dit artikel reageren wij op deze petitie. Wij onderschrijven dat ROM geen basis mag zijn voor zorginkoop, maar vinden dat ROM en benchmarking van grote waarde kunnen zijn voor het verbeteren van de kwaliteit van de behandeling en pleiten daarom voor inhoudelijke doorontwikkeling van benchmarking in plaats van deze te stoppen.

ROM in de behandeling

Hoewel de initiatiefnemers van de Stop ROM-petitie niet tegen het gebruik van ROM in de behandeling zijn, wordt in de media een veel bredere aanklacht tegen ROM gedaan, ook door de initiatiefnemers zelf (zie bijv. #stoprom op Twitter). In de opmerkingen van ondertekenaars van de petitie is te zien dat een deel van hen ook vrij negatief denkt over het gebruik van ROM in de behandeling. Mogelijk is deze mening ontstaan doordat ROM nog niet overal op een zinnvolle manier ingezet wordt in de behandeling. Wij vinden dat een gemiste kans en gaan er hier graag op in.

Meta-analyses laten zien dat wanneer men ROM als feedbackinstrument in de behandeling inzet, en gedurende de behandeling regelmatig meet en bespreekt of en hoe de patiënt vooruitgaat, dit de behandelresultaten in de klinische praktijk verbetert. Dit geldt vooral bij patiënten die niet goed vooruitgaan (Kendrick e.a. 2016; Shimokawa e.a. 2010). ROM kan tijdens de behandeling een signaal afgeven aan behandelaar en patiënt dat bijsturing noodzakelijk is en zo mogelijk negatieve behandelresultaten voorkomen. Patiënten waarden ROM doorgaans (Lutz e.a. 2015) en ROM kan bijdragen aan gedeelde besluitvorming, waarbij de patiënt meer regie in de behandeling krijgt (Metz e.a. 2015) en de uitval vermindert (Raes e.a. 2011).

ROM is nodig als onafhankelijke meting op basis van de mening van de patiënt, omdat behandelaars doorgaans te positief zijn over hun behandelresultaten. Zij onderschat-

ten de kans op negatieve uitkomsten en uitval (Hannan e.a. 2005; Parker & Waller 2015). Hoewel dit optimisme belangrijk is om ook bij moeizaam verlopende behandelingen gemotiveerd te blijven, zorgt het er eveneens voor dat te laat gesignaleerd wordt wanneer een behandeling op een negatief resultaat afstevent.

Recent onderzoek heeft verder laten zien dat er aanzienlijke variatie in behandelresultaten bestaat tussen behandelers en dat opleiding en ervaring geen invloed hebben op de behandelresultaten (Goldberg e.a. 2016). Er is dus voldoende reden om niet uitsluitend te vertrouwen op het klinisch oordeel, de opleiding en de ervaring van behandelers wanneer we goede resultaten willen behalen. Het is belangrijk om ROM te integreren in het behandelproces om behandelingen waar nodig tijdig te kunnen bijsturen.

ROM en benchmarking

Benchmarking is oorspronkelijk bedoeld als kwaliteitsinstrument en heeft tot doel om van gelijksoortige anderen te leren (Oudejans e.a. 2011). Wij onderschrijven dat benchmarking op basis van ROM-data beperkingen heeft, die misschien wel nooit helemaal opgelost zullen worden (zie o.a. Vermeiren e.a. 2011). Bij een passend gebruik van ROM-data hoeft dit benchmarken echter niet in de weg te staan.

Het vergelijken van hele instellingen of praktijken zal altijd van beperkte waarde zijn, zelfs na correctie voor de casemix (Warmerdam e.a. 2017). Wanneer men echter instellingen op subgroepniveau vergelijkt, wordt vergelijken relevanter. Uit de cijfers van SBG over zorgtrajecten bij stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen (SBG 2016) blijkt dat er aanzienlijke variatie bestaat tussen de instellingen in behandelresultaten. We kunnen wellicht niet stellig zeggen dat de instelling op de 1ste plaats beter is dan die op de 30ste plaats, maar het is op zijn minst relevant om een verklaring te zoeken voor de verschillen. Het is daarbij zinvol te kijken naar opvallend hoge of lage resultaten. Hoe komt het bijvoorbeeld dat bij de instelling op de 77ste plaats 15% van de patiënten (betrouwbaar) verslechtert, terwijl het gemiddelde over alle instellingen 5% is? Het is belangrijk hiervoor een verklaring te vinden en te onderzoeken of er ruimte is voor verbetering.

Er zijn goede voorbeelden van hoe benchmarking resultaten kan verbeteren. Bij de Benchmark Leefstijltraining

Verslavingszorg daalde het aantal patiënten met overmatig middelengebruik mede dankzij benchmarking (Oudejans e.a. 2012). Bij het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA; www.dica.nl), binnen de somatische zorg, leidde benchmarking bijvoorbeeld tot 55% minder sterfte na maagkankeroperaties. Ook vanuit de ROM-benchmark zijn goede voorbeelden te melden. Zo vertelt Jeroen Muller (voorzitter raad van bestuur Arkin) in de nieuwjaarsvideo van SBG hoe Arkin haar behandeling voor depressie heeft verbeterd door samen te werken met een instelling die betere resultaten behaalde voor deze doelgroep (<https://youtu.be/y4ncouo5NjA?t=79>). In de benchmarkpilots van SBG vinden vergelijkingen op teamniveau plaats, zowel binnen als tussen instellingen, met als doel van elkaar te leren en de behandelingen te verbeteren.

Verantwoorden en afrekenen

De curatieve ggz kost jaarlijks vier miljard euro (Algemene Rekenkamer 2017). Het is ondenkbaar dat hiervoor geen indicatie van effectiviteit gevraagd wordt. We hebben een maatschappelijke verantwoordelijkheid om als sector een gedegen kwaliteitsbeleid te voeren, waarbinnen gegevens over behandelresultaten onmisbaar zijn. Dat is ook zo afgesproken met alle beroepsverenigingen en patiëntenorganisaties in de toekomstagenda voor de ggz. Stoppen met benchmarken betekent een streep door deze gezamenlijke agenda, wat grote problemen voor de geloofwaardigheid van de ggz met zich meebrengt. Patiënten willen eveneens informatie over de behandelresultaten (Makking & Kits 2011). Voor hen zijn vergelijkingen vooral zinvol tussen homogene groepen. Een patiënt wil weten hoe een ggz-instelling scoort op de behandeling van zijn of haar stoornis, niet hoe de hele instelling scoort.

Zorgverzekeraars kijken grofmazig en gaan een stap verder door bij zorginkoop al te kijken naar ROM-gegevens. De Algemene Rekenkamer concludeert terecht dat ROM-gegevens voorlopig niet geschikt zijn voor dit doeleinde. Het is ook de vraag of dit punt uiteindelijk bereikt gaat worden of dat de nieuwe prestatiebekostiging een combinatie moet worden van meerdere parameters, waaronder zorgstandaarden. Wanneer ROM-gegevens namelijk voor zorginkoop ingezet gaan worden, ontstaat er een perverse prikkel, waardoor de gegevens snel niet meer geschikt zijn om van te leren, omdat ggz-instellingen dan een financieel belang hebben bij goede resultaten. Dit werkt patiëntselectie, selectieve uitval van metingen en beïnvloeding van scores in de hand.

Wat de huidige situatie ingewikkeld maakt, is dat zorgverzekeraars een dubbel signaal afgeven: enerzijds stimuleren ze leren van elkaar, anderzijds staan ze in de startblokken om ROM te gebruiken voor zorginkoop. Achmea financierde bijvoorbeeld de eerste benchmarkpilot van SBG, die gericht

AUTEURS

KIM DE JONG, universitair docent Klinische psychologie, Universiteit Leiden.

BEA TIEMENS, bijzonder hoogleraar Evidence based practice in mental health care, Radboud Universiteit, Nijmegen.

MARC VERBRAAK, bijzonder hoogleraar Gezondheidszorgpsychologie, Radboud Universiteit, Nijmegen.

A.T.F. BEEKMAN, C.L.H. BOCKTING, T.K. BOUMAN, S. CASTELEIN, R. VAN DYCK, P.M.G. EMMELEKAMP, C.M. VAN DER FELTZ-CORNELIS, M. VAN DER GAAG, M.J.H. HUIBERS, G.J.M. HUTSCHEMAEKERS, A. DE KEIJSER, G.P.J. KEIJERS, B. KOEKKOEK, K. KORRELBOOM, A. VAN MINNEN, P.C. VAN OPPEN, S.C.C. OUDEJANS, R.C. OUDE VOSHAAR, G.M. SCHIPPERS, A. SCHOLING, J. SPIJKER, PH. SPINHOVEN, A. VAN STRATEN, R.R.J.M. VERMEIREN, F.G. ZITMAN,

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. K. de Jong, Universiteit Leiden, Instituut Psychologie, Wassenaarseweg 52, kamer 2B31, 2333 AK Leiden.
E-mail: KJong@fsw.leidenuniv.nl

Srijdige belangen: De Jong vertaalde en valideerde de OQ-45 in het Nederlands; zij ontvangt geen compensatie voor gebruik van de OQ-45 door anderen.

Oudejans ontving persoonlijke honoraria van SBG, van diverse ggz-aanbieders en vrijgevestigden (i.s.m. Reflectum), en grants van Resultaten Scoren en van Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ). Verbraak en Vermeiren waren bestuurslid van SBG en Oude Voshaar en Van Dyck waren lid van de wetenschappelijke adviesraad van SBG.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-3-2017.

TITLE IN ENGLISH

Save ROM as instrument for quality improvement

was op leren van elkaar, maar sloot ook een voorkeurscontract af met vijf instellingen voor de behandeling van depressie (<http://nieuws.zilverenkruis.nl/depressie>). Daarbij werden de contractgesprekken mede geleid door 'meetbare informatie' over hoe goed de instelling was. Als verzekeraars ROM-gegevens gebruiken voor oneigenlijke doeleinden, dan is het begrijpelijk dat men vanuit het veld reageert met wantrouwen en angst om afgerekend te worden op ongewogen resultaten.

Red de ROM

Al sinds de (verplichte) invoering van ROM in 2010 is er veel discussie over het nut, de uitvoerbaarheid en toegevoegde waarde van ROM en benchmarking voor de ggz. De druk op

aanlevering voor benchmarking heeft er enerzijds voor gezorgd dat ROM breed ingevoerd is. Anderzijds staat wat nodig is voor benchmarking soms op gespannen voet met wat er nodig is voor zinvol gebruik in de behandeling. Wat de petitie ‘Stop benchmark met ROM’ vooral laat zien, is dat er de nodige onvrede is over de implementatie van ROM.

Er zijn diverse punten waarop ROM verbeterd kan worden, zowel voor gebruik in de behandeling, als voor leren en verantwoord door benchmarking. Wij willen het veld oproepen om in plaats van te klagen en het werk van de afgelopen jaren weg te gooien zelf de regie te nemen over ROM en aan de slag te gaan met het verbeteren ervan. Gebruik de verplichte instrumenten zo dat ze behandeling wél ondersteunen. Op de website van de Doorbraakprojecten ROM van het Trimbos-instituut staan hiervan diverse voorbeelden (<https://doorbraakrom.trimbos.nl/bereikte-resultaten-van-doorbraak-rom>). Of voeg instrumenten toe aan het verplichte instrument, als u die nodig hebt voor uw specifieke behandelingen.

Benchmarking op het niveau van de hele instelling is weinig zinvol. Het vergelijken van homogeneren groepen patiënten kan wél bijdragen aan het verbeteren van behandelresultaten. Wij denken dat door te vergelijken ook de methode verder verfijnd zal worden, waardoor we wellicht ook nieuwe casemixvariabelen zullen vinden (bijv. chroniciteit en betaald werk) en we uiteindelijk beter zullen begrijpen waarom er verschillen zijn in resultaten tussen patiënten, therapievormen, behandelaars en instellingen. Daar zijn alle partijen bij gebaat.

We ontkomen er als sector niet aan dat we een vorm van verantwoording moeten afleggen over onze behandelingen. Patiënten vinden dit ook belangrijk. Tot op zekere hoogte kunnen ROM-gegevens voor dat doeleinde gebruikt worden, bijvoorbeeld in combinatie met patiënttevredenheidsonderzoek.

Waar we echter tegen zijn, is gebruik van ROM-gegevens voor afrekening. Ook hier moeten we de regie terugnemen in de gesprekken met zorgverzekeraars. We moeten de ROM als kwaliteitsinstrument terugvorderen en naar onze hand zetten. Uiteindelijk zijn zowel de ggz als de verzekeraars erbij gebaat om te begrijpen hoe een instelling zich kan verbeteren. Deze verbeteracties kunnen dan weer via ROM geëvalueerd worden. Dat vraagt een langeretermijnvisie op het evalueren en verbeteren van de zorg, en de rol van ROM daarin.

NOOT

- 1 Namens alle in de adresnoot genoemde auteurs.

LITERATUUR

- Algemene Rekenkamer. Bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Den Haag: Algemene Rekenkamer; 2017.

www.rekenkamer.nl/Publicaties/Onderzoeksrapporten/Introducties/2017/01/Bekostiging_van_de_curatieve_geestelijke_gezondheid.

- Goldberg SB, Rousmaniere T, Miller SD, Whipple J, Nielsen SL, Hoyt WT, e.a. Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *J Couns Psychol* 2016; 63: 1-11.
- Hannan C, Lambert MJ, Harmon C, Nielsen SL, Smart DW, Shimokawa K, e.a. A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *J Clin Psychol* 2005; 61: 155-63.
- Kendrick T, El-Gohary M, Stuart B, Gilbody S, Churchill R, Aiken L, e.a. Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 7: CD011119.
- Lutz W, Rubel J, Schiefele A-K, Zimmermann D, Böhneke JR, Wittmann WW. Feedback and therapist effects in the context of treatment outcome and treatment length. *Psychoth Res* 2015; 25: 647-60.
- Makkink S, Kits L. Cliënten – herstellen doe je zelf. In: van Hees S, van der Vlist P, Mulder N, red. Van meten naar weten: ROM in de ggz. Amsterdam: Boom; 2011. p. 35-44.
- Metz MJ, Franx GC, Veerbeek MA. Shared decision making in mental health care using routine outcome monitoring as a source of information: a cluster randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 313.
- Oudejans S, Spits M, Schippers G. Leren van uitkomsten - van taseki naar jiseki. In: van Hees S, van der Vlist P, Mulder N, red. Van meten naar weten: ROM in de ggz. Amsterdam: Boom, 2011. p. 35-44.
- Oudejans SCC, Schippers GM, Spits ME, Stollenga M, van den Brink W. Vijf jaar routine outcome management in de ambulante verslavingszorg. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 185-90.
- Parker ZJ, Waller G. Factors related to psychotherapists' self-assessment when treating anxiety and other disorders. *Beh Res Ther* 2015; 66: 1-7.
- Shimokawa K, Lambert MJ, Smart DW. Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *J Cons Clin Psychol* 2010; 78: 298-311.
- Stichting Benchmark GGZ. Praktijkvariatie in uitkomst van GGZ behandelingen, 2016. <https://www.zorgvisie.nl/PageFiles/92627/Stichting%20Benchmark%20GGZ%20bijlage.pdf>
- Vermeiren R, Noom M, Carlier I, Markus M, Zitman F. Methodologie – de kunst van het benchmarken. In: van Hees S, van der Vlist P, Mulder N, red. Van meten naar weten: ROM in de ggz. Amsterdam: Boom; 2011. p. 207-18.
- Warmerdam EH, Barendrecht M, de Beurs E. Risk adjustment of self-reported clinical outcomes in Dutch mental health care. *J Public Health* 2017; doi: 10.1007/s10389-017-0785-4.