

ROM

Handreiking
voor de psychiater

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaardt auteur(s), redactie en de vereniging geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de vereniging.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk en uitsluitend bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie aanvragen.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprerecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de vereniging te wenden.

Handreiking ROM voor de psychiater

Inhoudsopgave	Pagina
1. Inleiding	3
2. Routine Outcome Monitoring: achtergrond en effecten	7
Ton Vergouwen	
3. Hoe verhoudt ROM zich tot andere kwaliteitsinstrumenten?	15
Johan Havenaar, Noortje Sax, Guy Berden & Aart Schene	
4. Gebruik van ROM als feedback bij behandeling	23
Ad Molenaar	
5. ROM/RPM: wat adviseren we bij wie in welke situatie?	25
Ad Molenaar	
6. Implementatie van ROM en de rol van de psychiater	31
Victor Buwalda	
7. ROM in de opleiding tot psychiater	37
Paul Naarding	
8. ROM per setting of aandachtsgebied	41
8A. ROM in de eigen praktijk	43
Willem Maillette de Buy Wenniger	
8B. ROM in de ziekenhuispsychiatrie	47
Carla Hagestein	
8C. ROMCKAP: ROM binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie	53
Miriam Kerkhoven & Claudia Disse	
8D. ROM in de ouderenpsychiatrie	59
Chris Bavinck, Natasja Schutter & Ton Dhondt	
8E. ROM in de forensische psychiatrie: werk voor pioniers	65
Kris Goethals & Hjalmar van Marle	
8F. ROM bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen	69
Niels Mulder	
8G. ROM bij de behandeling van angst- en stemmingsstoornissen	73
Victor Buwalda	
8H. ROM in de verslavingszorg	77
Gerard Schippers, Suzan Oudejans & Wim van den Brink	
9. De toekomst met ROM	87
Niels Mulder, Robert Vermeiren & Noortje Sax	

I. Inleiding

Routine Outcome Monitoring (ROM) betekent het regelmatig meten van de toestand van de patiënt, als maat voor de uitkomst van de behandeling.

De psychiater heeft hierin een centrale rol. In veel situaties is de psychiater verantwoordelijk voor de indicatiestelling, het verloop en het tijdig bijstellen van de behandeling. Tot nu toe gebeurde dit vrijwel alleen op basis van kwalitatieve klinische overwegingen. Met de introductie van ROM komen hier ook kwantitatieve gegevens bij.

Deze handreiking is opgesteld door de werkgroep ROM van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Het doel van de handreiking is om de psychiater te ondersteunen bij het gebruik van ROM in de klinische praktijk. ROM zien we in deze handreiking als een instrument ter ondersteuning van de behandelpraktijk bij individuele patiënten en als middel om onze behandelingen te verbeteren door gebruik te maken van geaggregeerde ROM-gegevens. Dit zijn de eerste twee niveaus voor het gebruik van ROM: gebruik in de behandeling en leren.

De andere twee doelen van ROM, onderzoeken en benchmarken, staan minder centraal in deze handreiking. De werkgroep realiseert zich dat er veel discussie bestaat over het gebruik van ROM-gegevens voor het laatste doel. Hoe en wanneer ROM-gegevens voor benchmarken gebruikt gaan worden, is ook nog onvoldoende bekend. Daarom bespreken we in deze handreiking in eerste instantie de condities waaraan ROM-gegevens dienen te voldoen voordat we ze kunnen gebruiken voor benchmarking. Ten tijde van het ontwikkelen van de handreiking is er afstemming gezocht met de expertgroepen van het project ROM GGZ en de diverse afdelingen en platforms van de vereniging.

De werkgroep heeft als standpunt dat ROM meerwaarde kan hebben voor de behandeling. Hoe groot deze meerwaarde precies is verschilt per patiëntencategorie en behandelsetting. Daarom hebben we gekozen om het gebruik van ROM te bespreken per behandelsetting. De hoofdstukken geven in hoofdlijnen weer wat er voor de betreffende setting bekend is over (nationale afspraken voor) het gebruik van ROM. In enkele aparte hoofdstukken bespreken we de stand van zaken op gebied van onderzoek over de effecten van ROM en een speciale vorm van ROM: de Routine Process Monitoring.

Het verzamelen en het gebruiken van ROM-gegevens zijn bepaald niet vanzelfsprekend. Het hele implementatieproces van ROM is zeer complex en beslaat drie niveaus:

- (1) het inhoudelijke niveau: welke instrumenten kiezen we, wie neemt ze af en op welk moment;
- (2) het praktische niveau: verzamelen, opslag, verwerking, privacy, en verzending van ROM-gegevens, inclusief alles wat met ICT te maken heeft;
- (3) het gebruik van ROM op een geaggregeerd niveau voor onderzoek en benchmarking.

Op dit derde niveau zijn er vragen rondom statistiek en data-analyse. Het zinvol interpreteren van geaggregeerde ROM-gegevens kan niet zonder informatie over de aard van de case-mix en de toegepaste

interventies. Het is de combinatie van input, proces en uitkomst die we nodig hebben om met ROM-gegevens te kunnen werken.

Dit maakt de ROM-praktijk complex en onoverzichtelijk. Tot nu toe bestaan er onduidelijkheden over wat er met ROM-gegevens gebeurt, en in hoeverre we hierdoor ter verantwoording zullen worden geroepen. Dit veroorzaakt dat er aarzelingen zijn bij het verzamelen van de ROM-gegevens en het ter beschikking stellen ervan aan derden. Deze aarzelingen staan op de agenda van gesprekken tussen de NVvP en de Stichting Benchmark GGZ (SBG) anno 2011. We gaan ervan uit dat benchmarking pas zal geschieden als duidelijk is dat dit op een wetenschappelijke en ethisch verantwoorde wijze kan gebeuren.

Er is nader onderzoek nodig om te weten in hoeverre ROM daadwerkelijk leidt tot verbeteringen van de behandeling. Voorlopige resultaten zijn gemengd en ROM lijkt vooral meerwaarde te hebben in situaties waarbij de behandeling stagneert en wanneer ROM daadwerkelijk als feedbackinstrument wordt gebruikt.

Met deze kanttekeningen in gedachten hoopt de werkgroep dat deze handreiking bij zal dragen aan het toepassen van ROM in de behandelpraktijk en het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Om ervoor te zorgen dat de informatie in deze handreiking actueel blijft, heeft dit document een 'levende' status.

Namens de werkgroep ROM,

Niels Mulder

Voorzitter werkgroep ROM

Leden werkgroep

Chris Bavinck

Victor Buwalda

Carla Hagestein-de Bruijn

Johan Havenaar

Ad Molenaar

Natasja Schutter

Ton Vergouwen

Robert Vermeiren

Willem Maillette de Buy Wenniger

2. Routine Outcome Monitoring: achtergrond en effecten

Ton Vergouwen, psychiater

2.1 Inleiding

Routine outcome monitoring (ROM) is het gebruik van meetinstrumenten om routinematig uitkomsten te meten tijdens een behandeling in de dagelijkse praktijk. Het is een middel om de dagelijkse behandelpraktijk te verbeteren, met als doel betere uitkomsten te bereiken. In dit hoofdstuk wordt kort de achtergrond van ROM beschreven. Daarna worden de effecten van ROM op de uitkomsten van behandelingen besproken.

2.2 Historie

In de afgelopen 30 jaar werd de uitkomstmeting steeds belangrijker, aanvankelijk vooral in de Verenigde Staten. De kosten van de gezondheidszorg stegen snel en vele behandelvormen kwamen beschikbaar. Er waren regionale verschillen in behandel aanbod, maar ook verschillen in behandelresultaten tussen individuele behandelaren en behandelsettings. Hierdoor werden verschillende betrokkenen, onder wie ziektekostenverzekeraars, politici, zorgmanagers en behandelaren, maar ook patiëntenverenigingen, nieuwsgierig naar vergelijking van behandeluitkomsten en kosteneffectiviteit in de dagelijkse praktijk. Er ontstond een behoefte aan transparantie van behandelresultaten en aan het vergelijken daarvan, en aan het meten van de effecten van individuele behandelingen.

Hoewel de resultaten van gerandomiseerde klinische onderzoeken naar behandelinterventies bekend zijn, gelden de resultaten van dergelijk onderzoek niet voor de dagelijkse praktijk. Dat komt omdat bij dergelijk onderzoek sprake is van een strenge selectie van patiënten, waardoor de resultaten niet te generaliseren zijn naar de patiënten uit de dagelijkse praktijk. Ook de interventies die in de dagelijkse praktijk worden toegepast, verschillen vaak van de behandelprotocollen van gerandomiseerde klinische onderzoeken.

Door de ontstane behoefte aan het meten van resultaten van interventies in de dagelijkse praktijk werden gerandomiseerde trials in naturalistische behandelsettings verricht, met een pragmatische onderzoeksopzet. Ook werden analyses verricht van grote databestanden met informatie van patiënten en uitkomsten van behandelingen die in naturalistische settings waren verzameld, het zogenaamde 'outcomes research' oftewel uitkomstonderzoek. Met name de lezing van Paul Ellwood, die in 1988 een oproep deed tot routinematige verzameling van uitkomsten door behandelaren, is in deze context bekend (Ellwood 1988).

In de afgelopen decennia is de nadruk komen te liggen op evidence-based behandelingen, behandelrichtlijnen en -protocollen. Die worden geacht de behandeluitkomsten te verbeteren. Daarbij hoort het meten van relevante uitkomsten gedurende de behandeling. Immers, wanneer behandelaren en patiënten weten dat de ingestelde behandeling niet het gewenste resultaat heeft, kunnen zij idealiter in samenspraak de behandeling bijsturen om het gewenste behandelresultaat alsnog proberen te bereiken. Veel behandelrichtlijnen geven aan wanneer bij een bepaalde uitkomst de behandeling moet worden aangepast. Als voorbeeld kan gelden de depressierichtlijn, die aangeeft om te overwegen de behandeling bij onvoldoende respons na 4 tot 6 weken aan te passen. De metingen worden in deze context dan niet alleen gedaan aan het begin en het einde van de behandeling, maar ook tussentijds. We spreken dan van routine outcome monitoring (ROM). ROM is dus een vorm van uitkomstonderzoek. Voor een uitgebreid overzicht van de vele initiatieven betreffende ROM kan ik het boek

van Tom Trauer (2010) aanbevelen, en voor een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten het praktijkboek ROM in de ggz (Buwalda e.a. 2011).

2.3 Voor- en nadelen van ROM

ROM houdt meerdere beloftes in, waaronder:

- betere behandelresultaten omdat men dankzij het monitoren van behandelresultaten kan besluiten om de behandeling aan te passen;
- grotere betrokkenheid van de patiënten bij het behandelproces omdat men uitkomsten van ROM met de patiënten bespreekt. De grotere betrokkenheid van de patiënten leidt weer tot betere behandelresultaten;
- beter volgen van richtlijnen door behandelaren doordat de uitkomsten van ROM beschikbaar zijn. Dit leidt eveneens tot betere behandelresultaten.

Er zijn echter ook nadelen aan ROM verbonden, waaronder:

- tijdsinvestering;
- financiële investering;
- potentieel gebruik van gegevens voor benchmarken, terwijl ze daar niet zonder meer voor geschikt zijn;
- mogelijk verkeerde beslissingen over behandeling: zonder kennis van patiënt- en behandelvariabelen die de uitkomst van behandeling beïnvloeden, kan op basis van ROM alleen wellicht niet de goede aanpassing van de behandeling worden gedaan, met mogelijk tegenvallende behandelresultaten als gevolg.

2.4 Onderzoeksgegevens over ROM

Als zou blijken dat de voordelen in voldoende mate opwegen tegen de nadelen, is brede implementatie van ROM verdedigbaar. In de rest van dit artikel bespreek ik de effecten van ROM op behandelresultaten.

Meta-analyses

Recent verschenen twee overzichtartikelen van onderzoeken die ROM vergeleken met 'treatment as usual' (TAU) bij patiënten met psychiatrische aandoeningen. ROM stond in deze studies nooit op zichzelf. Altijd werden de resultaten teruggekoppeld aan de behandelaar en soms ook aan de patiënt.

Als eerste bespreek ik de meta-analyse van Knaup e.a. (2009). Deze onderzoekers includeerden 12 studies. Opgeteld ging het om 4009 patiënten. Het betrof studies met patiënten die leden aan depressie, angst, schizofrenie, schizo-affectieve stoornis, eetstoornis en 'personal concerns'.

Uit de meta-analyse kwam een effectgrootte van 0,10 (95%-betrouwbaarheidsinterval: 0,01-0,19) na een follow-up van 9 weken, ten voordele van de feedbackinterventie. Op langere termijn (follow-upduur maximaal 12 maanden) was de effectgrootte -0,06 (95%-betrouwbaarheidsinterval: -0,22-0,11) in tegengestelde richting. In subgroepanalyses werden aanwijzingen gevonden dat feedback effectiever zou kunnen zijn wanneer deze

gegeven wordt aan behandelaar en patiënt samen, in vergelijking met feedback aan de behandelaar alleen, wanneer feedback ten minste tweemaal werd gegeven, en wanneer de feedback informatie gaf over het beloop van de behandeling in vergelijking met informatie alleen over de huidige toestand. Geen van deze verschillen was statistisch significant.

In enkele studies hadden de patiënten geen DSM-IV-diagnoses. Enkele studies includeerden bijvoorbeeld patiënten met zogenaamde 'personal concerns' (Lambert e.a. 2001, 2002; Whipple e.a. 2003). De bevindingen van deze studies zijn mogelijk niet generaliseerbaar naar patiënten met psychiatrische aandoeningen. Deze studies zijn afkomstig uit de onderzoeksgroep van Lambert. Dit is van belang, omdat Lambert een van de grote pleitbezorgers is van outcome monitoring en feedback. Bovendien worden deze studies vaak aangehaald als bewijs dat ROM leidt tot betere behandeluitkomsten. Verder is het twijfelachtig of een meta-analyse van studies die onderling grote verschillen vertonen, gerechtvaardigd is.

We kunnen concluderen dat de meta-analyse van Knaup e.a. (2009) onvoldoende wetenschappelijk bewijs oplevert om ROM met feedback in de klinische praktijk te implementeren.

Wellicht kan het reviewartikel van Carlier e.a. (2010) het pleit wel beslechten. Deze onderzoekers rapporteren over de resultaten van 52 studies. Deze zijn uitgevoerd in diverse settings, zowel in de somatische als in de geestelijke gezondheidszorg. In de meeste onderzoeken verstrekten men de gegevens van ROM aan de behandelaar en patiënt. In de meerderheid van de studies was er een significant positief resultaat van ROM op het gedrag van de behandelaar, te weten snellere en adequatere vastlegging van de diagnose en snellere aanpassing van de behandeling, met name op de korte termijn (tot enkele weken). De resultaten op tevredenheid en kosteneffectiviteit waren minder eenduidig. Positieve effecten werden gevonden op de communicatie tussen behandelaar en patiënt, zowel op de korte als op de langere termijn.

In meer dan de helft van de studies (63%) vonden de onderzoekers een positief resultaat van ROM op de fysieke en/of mentale gezondheid van de patiënt, op de korte termijn. Studies waarin men patiënten met pijnklachten onderzocht, rapporteerden in alle gevallen positieve resultaten (100%). Dit is een aanwijzing dat het effect van ROM mede bepaald kan worden door de aandoening.

Voor de studies waarin men (ook) de geestelijke gezondheidstoestand onderzocht met een meer algemene maat voor de emotionele/mentale toestand van de patiënt, gold dat in een kleine meerderheid (54%) een positief effect van ROM werd gevonden. In 11 onderzoeken bij depressieve patiënten toonde 64% een positief resultaat van ROM. Tot zover de algemene bespreking van deze review.

Vanuit het perspectief van de psychiater zijn de studies die uitgevoerd zijn in de geestelijke gezondheidszorg het interessantst. Dit betrof slechts 10 studies. Daarvan had volgens Carlier e.a. 78% een positief resultaat. Er bleken geen studies bij kinderen en adolescenten te zijn gedaan.

Deze resultaten lijken hoopvol. Echter, in het overzichtsartikel is nergens te vinden op basis waarvan een studie een positieve uitkomst krijgt van de reviewers. Bovendien vertonen de studies onderling veel verschillen, en dreigt in de rapportage een aantal relevante details verloren te gaan. Om daar zicht op te krijgen, heb ik de 10 studies die zijn uitgevoerd in de geestelijke gezondheidszorg in detail bekeken. De belangrijke kenmerken van de studies vindt u in de tabel op pagina 13.

Studies in de ggz uit meta-analyse Carlier e.a.

Een sterk punt is dat de meeste studies in de dagelijkse praktijk plaatsvonden. De verschillen tussen de studies zijn groot (zie tabel nummer invoegen). Ze betreffen ambulante patiënten met schizofrenie, oudere patiënten in een dagcentrum, patiënten met boulimia nervosa, 'patiënten' in relatietherapie en patiënten die behandeling kregen voor persoonlijke zorgen ('personal concerns').

ROM stond nooit op zichzelf. Altijd werden de resultaten teruggekoppeld aan de behandelaar en soms ook aan de patiënt. In een aantal gevallen werden er bij terugkoppeling van de ROM-data aanwijzingen gegeven voor aanpassingen aan de behandeling (bijv. Ashaye e.a. 2003, Whipple e.a. 2003).

De studies van Hawkins e.a. (2004), Lambert e.a. (2001) en Whipple e.a. (2003) maken onderscheid in patiënten van wie de ROM-data gedurende de behandeling een gunstig beloop tonen, versus patiënten bij wie dat niet het geval is. De eerste patiënten zijn 'on track', en de laatstgenoemden zijn 'not on track'. De onderzoekers verwachtten dat met name de patiënten die 'not on track' zijn, het meeste zullen profiteren van ROM.

Waardering van de uitkomsten

Er werd over veel verschillende uitkomstmaten gerapporteerd en de resultaten verschilden nogal.

De waardering van de uitkomsten van de diverse studies is niet eenduidig te maken. Toch is een kritische beschouwing van de resultaten aangewezen, omdat implementatie van ROM veel tijd en geld kost, zeker in een tijd waarin deze middelen schaars zijn. Gegeven de resultaten op de uitkomstmaten, doe ik een voorstel.

Positief waardeer ik:

- De studie van Anker e.a. (2009) waardeer ik positief (ROM leidt tot een betere uitkomst dan TAU) omdat de uitkomsten een beter resultaat tonen voor ROM, met effectgroottes $> 0,40$.
- De studie van Priebe e.a. (2007) waardeer ik positief omdat alle uitkomsten positief zijn, behalve op de PANNS.
- Ook de studie van Whipple e.a. (2003) waardeer ik positief omdat alle uitkomsten positief zijn, behalve die van de patiënten met een gunstig beloop ('on track').

Negatief waardeer ik:

- De studie van Ashaye e.a. (2003) waardeer ik negatief (ROM leidt niet tot betere uitkomst dan TAU), omdat er op alle uitkomsten geen verschil was tussen ROM versus TAU.
- De studie van Marshall e.a. (2004) waardeer ik negatief, omdat er op alle uitkomsten geen verschil was tussen ROM versus TAU, behalve op tevredenheid van de patiënt.

Als *twijfelachtig* waardeer ik:

- De overige studies waardeer ik als twijfelachtig (meerwaarde van ROM twijfelachtig) omdat er geen overwegend positief of negatief beeld naar voren komt (zie tabel).
- Deze waardering resulteert in 3 studies met een positief resultaat, 5 twijfelachtige studies en 2 studies met een negatief resultaat.

Replicatie en geldigheid van uitkomsten

De positieve resultaten van de studie van Anker e.a. (2009) bij relatieproblemen zijn niet gerepliceerd en zijn niet generaliseerbaar naar een psychiatrische setting. De positieve resultaten van Priebe e.a. (2007) worden niet bevestigd door de studies van Slade e.a. (2006) en Marshall e.a. (2004), die eveneens een patiëntenpopulatie met ernstige stoornissen includeerden. De positieve resultaten van de studie van Whipple e.a. (2003) betreffen studenten met 'personal concerns'. Ook de resultaten van deze studie zijn niet gerepliceerd en de generaliseerbaarheid naar de psychiatrische praktijk is eveneens twijfelachtig. Bovendien werden in het bijzonder significant betere resultaten gevonden wanneer aan ROM en feedback een zogenaamde 'clinical support tool' werd gekoppeld. Dit houdt in dat de behandelaar een aantal suggesties kreeg om de behandeling aan te passen wanneer de patiënt niet de gewenste verbetering ('not on track') liet zien. Het gaat dan in feite om een interventie die veel breder is dan ROM.

2.5 Conclusie

Op basis van de besproken artikelen kunnen we niet concluderen dat ROM een positieve bijdrage levert aan het behandelresultaat. Daar kunnen verschillende oorzaken voor zijn. Ten eerste moet ik aantekenen dat het niveau van randomisatie bij de meeste studies de patiënt was, waardoor 'cross-contaminatie' kan zijn opgetreden wanneer behandelaren zowel patiënten in de ROM-arm als in de TAU-arm behandelden. Daardoor zouden eventuele verschillen tussen ROM en TAU minder tot uiting kunnen zijn gekomen. Een andere oorzaak kan zijn dat met de gebruikelijke behandelingen (TAU) resultaten geboekt worden waarin geen ruimte meer is voor nog betere resultaten. Ook moet ROM mogelijk gecombineerd worden met het volgen van een behandelrichtlijn of -protocol, om tot betere resultaten te leiden. Er zijn aanwijzingen dat dit het geval is (Trivedi e.a. 2004).

Hoe dan ook, vooralsnog is er onvoldoende wetenschappelijke basis om ROM in de klinische praktijk te implementeren met als doel behandelresultaten te verbeteren.

2.6 Hoe verder?

Gezien het ontbreken van een voldoende wetenschappelijke basis om ROM te implementeren en het ontbreken van Nederlands onderzoek, zijn er grote Nederlandse studies nodig om te onderzoeken bij welke patiëntencategorieën ROM het verschil maakt in vergelijking met 'treatment as usual'. De wijze waarop feedback van ROM-data geschiedt en of er instructies voor aanpassing van de behandeling moeten worden gekoppeld aan de feedback zijn belangrijke aspecten voor nader onderzoek. Om de invloed van patiënt- en behandelvariabelen die de behandelresultaten kunnen beïnvloeden te kennen, dienen die in het onderzoek meegenomen te worden. Een voorstel zou kunnen zijn om in onderzoeksconsortia de krachten te bundelen en de onderzoekspijlen te richten op specifieke patiëntenpopulaties. Van reeds lopend onderzoek in Nederland, bijv. het ROM-project van Zitman e.a. in Leiden e.o. (de Beurs e.a. 2011), kan geleerd worden.

Literatuur

- De Beurs, E. de, den Hollander-Gijsman, M.E., van Rood, Y.R., e.a. (2011). Routine outcome monitoring in the Netherlands: practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 1-12. DOI: 10.1002/cpp.696
- Buwalda, V.J.A., Nugter, M.A., Swinkels, J.A., Mulder, C.L., red. (2011). *Praktijkboek ROM in de ggz. Een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten*. VJA Buwalda, MA Nugter, JA Swinkels, CL Mulder (red.) Utrecht: De Tijdstroom 2011.
- Carlier, I.V., Meuldijk, D., van Vliet, I.M., van Fenema, E., van der Wee, N.J., Zitman, F., e.a. (2010). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, E-pub 2010.
- Ellwood, P.M. (1988). Shattuck Lecture: Outcomes Management – A technology of experience. *New England Journal of Medicine*, 318, 1549-1556.
- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., Puschner, B., e.a. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 195, 15-22
- Trauer, T., red. (2010). *Outcome measurement in mental health. Theory and Practice*. T. Trauer (ed.) Cambridge: Cambridge University Press.
- Trivedi, M.H., Rush, A.J., Crismon, M.L., e.a. (2004). Clinical results for patients with major depressive disorder in the Texas Medication Algorithm Project. *Archives of General Psychiatry*, 61, 669-680.

Een uitgebreide literatuurlijst is op aanvraag beschikbaar bij het secretariaat van de NVvP.

Tabel. Kenmerken en uitkomsten van studies naar ROM in de ggz, uit meta-analyse Carlier e.a. (2010)

Studie	Land	Aantal patiënten	Follow-upduur	Stoornis	Niveau van randomisatie	Uitkomsten*
Anker e.a. 2009	Noorwegen	410 (205 koppels)	6 maanden	relatieproblemen	Patiënt	ORS > LW = Klinisch significante uitkomstmaat: >
Ashaye e.a. 2003	Engeland	112	3 maanden	Niet gespecificeerd	Patiënt	CANE = HoNOS 65+ = CAPE-BRS =
Brodey e.a. 2005	Verenigde Staten	1374	6 weken	Depressie en angst (geen structurele diagnose)	Patiënt	SCL-11 totaal > Depressiesubscore > Angstsubscore =
Hawkins e.a. 2004	Verenigde Staten	201	Gemiddeld 8 behandlesessies	Stemmings- en angststoornissen (geen structurele diagnoseslijst)	Patiënt	OQ-45 Feedback > TAU Th+Pt feedback > Th feedback Not on track: Feedback = TAU Th+Pt feedback = Th-feedback Klinisch significante uitkomstmaat: Feedback = TAU Not on track: Th+Pt feedback > TAU
Lambert e.a. 2001	Verenigde Staten	609	Gemiddeld 4 behandlesessies	Personal concerns (stemmingsstoornis, aanpassingsstoornis, angststoornis, somatoforme stoornis, V-code, overige); geen structurele diagnoses.	Patiënt	OQ Not on track: Feedback > TAU On track: Feedback = TAU Klinisch significante uitkomstmaat: Not on track: Feedback = TAU
Marshall e.a. 2004	Engeland	242	12 maanden	Schizofrenie, schizo-affectieve stoornis, bipolaire stoornis, depressieve stoornis, waanstoornis	Behandelaar en patiënt	Cardinal Needs Schedule = BPRS = WHODAS = MANSA = Kans op opname = CSI >

Priebe e.a. 2007	Spanje, Nederland, Engeland, Zweden, Duitsland en Zwitserland	451	12 maanden	Schizofrenie en aanverwante stoornissen	Behandelaar	SQOL > CANSAS-P > CSQ-8 > PANSS =
Schmidt e.a. 2006	Engeland	61	6 maanden	Boulimia nervosa en eetstoornis niet anderszins omschreven	Patiënt	Eetbuien = Braken = Dieetbeperking > Bewegen = Drop-out =
Slade e.a. 2006	Engeland	160	7 maanden	Schizofrenie, bipolaire stoornis, psychotische stoornissen, affectieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis	Patiënt	CANSAS-P = MANSAS = TAG = BPRS = HoNOS = Aantal opnames > opnameduur =
Whipple e.a. 2003	Verenigde Staten	981	Gemiddeld 4 tot 12 behandelsessies	Personal concerns. (stemmings-, aanpassings- , angst-, eetstoornis, V- code, overige); geen researchdiagnoses	Patiënt	OQ-45 Not on track: Feedback+CST > Feedback > TAU On track: Feedback = TAU Klinisch significante uitkomstmaat: Not on track: Feedback+CST > Feedback > TAU

*Uitkomsten: > resultaten statistisch significant beter voor ROM dan treatment as usual; = resultaten niet statistisch significant beter voor ROM, vergeleken met treatment as usual.

ORS: Outcome Rating Scale; LW: Locke-Wallace Marital adjustment Test; CANE: Camberwell Assessment of Need for the Elderly; HoNOS 65+: Health of the Nation Outcome Scale 65+; CAPE-BRS: Clifton Assessment Procedure for the Elderly-Behaviour Rating Scales; SCL-11: symptom Checklist-11; OQ-45: Outcome Questionnaire-45; TAU: treatment as usual; Th+Pt feedback: ROM-data teruggekoppeld aan therapeut en patiënt; Patient feedback: ROM-data teruggekoppeld aan patiënt; OQ: Outcome Questionnaire; BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; WHODAS: World Health Organization Psychiatric Disability Assessment Schedule; MANSAS: Manchester Short Assessment of Quality of Life; CSI: Client Satisfaction Index; SQOL: Subjective Quality of Life; CANSAS-P: Camberwell assessment of Need Short Appraisal Schedule, patient-rated version; CSQ-8: Client Satisfaction Questionnaire-8; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; TAG: Threshold Assessment Grid; Feedback+CST: Feedback en Clinical Support Tool.

3. Hoe verhoudt ROM zich tot andere kwaliteitsinstrumenten?

Johan Havenaar, psychiater

Guy Berden, psychiater

Noortje Sax, manager kwaliteitsbeleid NVvP

Aart Schene, psychiater

3.1 Historie: ontwikkelingen kwaliteitszorg

Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw wordt binnen de gezondheidszorg in toenemende mate aandacht besteed aan objectieerbare kwaliteit van de zorg. De overheid, zorgverzekeraars en ook de patiëntenbeweging verwachten vandaag de dag dat hulpverleners en instellingen verantwoording afleggen over allerlei aspecten van de geboden zorg, zoals toegankelijkheid, veiligheid, effectiviteit, doelmatigheid en patiëntgerichtheid. Centraal in het streven naar de continue verbetering van de kwaliteit van zorg staat de inmiddels algemeen bekende 'plan-do-check-act-cyclus'.

Aanvankelijk ging daarbij de aandacht uit naar medisch-technische aspecten zoals veiligheid en effectiviteit van het medisch handelen (zie ook paragrafen 3.3 en 3.6). In de jaren negentig verschoof het accent naar de structuur en het proces van de dienstverlening, bijvoorbeeld de bereikbaarheid, toegankelijkheid en klantvriendelijkheid van de zorg. Begrippen die bij deze fase horen, zijn 'integrale kwaliteit' en 'total quality management' (TQM). Ziekenhuizen en ggz-instellingen gingen vrijwel alle over tot certificering van hun bedrijf bij normeringsinstellingen zoals International Standardization Organisation (ISO), Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ) of Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ). Om de vijf jaar werden grote landelijke conferenties georganiseerd, de zgn. 'Leidschendamconferenties', waar zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en overheid afspraken maakten over de invulling van kwaliteit van zorg.

Tijdens de laatste Leidschendamconferentie in 2000 werd er over gesproken het accent meer te gaan leggen op de uitkomsten of effecten van de zorg. Voor de ggz leidde dit onder meer tot de introductie van de 'Basisset prestatie-indicatoren'. Dit is een uitgebreide lijst met objectieerbare kenmerken van de geboden zorg, en werd overeengekomen door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen en de beroepsverenigingen. Deze Basisset beslaat de terreinen effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid van de zorg. Recent is de Basisset om praktische redenen teruggebracht tot een beperktere set: de 'Kernset' (voor meer informatie: www.zichtbarezorg.nl).

Ook de opkomst van ROM de laatste jaren kunnen we beschouwen als een uiting van de toegenomen aandacht voor de nadruk op uitkomsten van zorg. In dit hoofdstuk beschrijven wij de samenhang tussen ROM en andere kwaliteitsinstrumenten. Achtereenvolgens gaan wij in op:

- de positie van ROM en de verschillende aspecten en perspectieven op het gebied van kwaliteit;
- de rol die ROM kan spelen in het verbeteren van de kwaliteit van behandeling in de individuele praktijkvoering;
- het mogelijke gebruik van ROM voor het onderling vergelijken van instellingen of praktijken.

Tot slot kijken we naar de impact van ROM op het budget en naar de kosteneffectiviteit.

3.2 Begrippenkader kwaliteit van zorg

'Kwaliteit van zorg' is een veelomvattend begrip. Belangrijk voor het werken aan kwaliteit is het gegeven dat de waardering van kwaliteit altijd afhangt van het perspectief van de beoordelaar. In de gezondheidszorg hebben de verschillende partijen (patiënt, arts, instelling of maatschappij) elk andere prioriteiten. De invulling van het begrip kwaliteit verschilt dan ook per partij. Daarnaast is het van belang onderscheid te maken naar kenmerken van kwaliteit in de verschillende delen van het zorgproces, nl. de input (ook wel structuur genoemd), het proces en de uitkomst. Zo hebben de beschikbaarheid van middelen, het soort patiënten dat men behandelt (input) en de manier waarop men de zorg uitvoert grote invloed op de uitkomsten.

**Kwaliteit van zorg:
aspecten en perspectieven**

Aspecten	Structuur (input)	Proces	Uitkomst
Perspectieven			
Patiënt	Tevredenheid		
Professional	Deskundigheid, Voorzieningen	Doeltreffend, doelmatig, attitude	Verdwijnen symptomen, veilig
Organisatie	Verzekeraar	Indicatoren	
Overheid	IGZ		

Tabel 1. Positionering ROM ten opzichte van verschillende aspecten en perspectieven kwaliteit van zorg

In tabel 1 is ROM te positioneren in de rechterkolom - uitkomsten van de zorg - gezien vanuit het perspectief van de beroepsbeoefenaar en, als er een patiënt-tevredenheidsmeting wordt meegenomen, vanuit het perspectief van de patiënt. De Kernset prestatie-indicatoren richt zich op een veel breder palet. De Kernset beslaat naast uitkomstindicatoren ook input- en procesindicatoren en neemt zowel de beleidsperspectieven van de openbare geestelijke gezondheid als het perspectief van de zorgverzekeraars in beschouwing. Daarmee wordt direct ook een belangrijke beperking van ROM duidelijk: zonder informatie over input en proces is het vergelijken van uitkomsten niet nuttig. Dit geldt des te meer wanneer ROM-data gebruikt worden voor benchmarking (vergelijken van verschillende behandelaren of instellingen onderling).

3.3 ROM en kwaliteitszorg voor de praktiserende psychiater

Voor de praktiserende psychiater ligt vanzelfsprekend de prioriteit bij het verbeteren van de kwaliteit van het medisch handelen, met veel aandacht voor opleiding, richtlijnontwikkeling, praktijkvisiteatie (audits), naast al langer bestaande zaken zoals toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en klacht- en tuchtrecht.

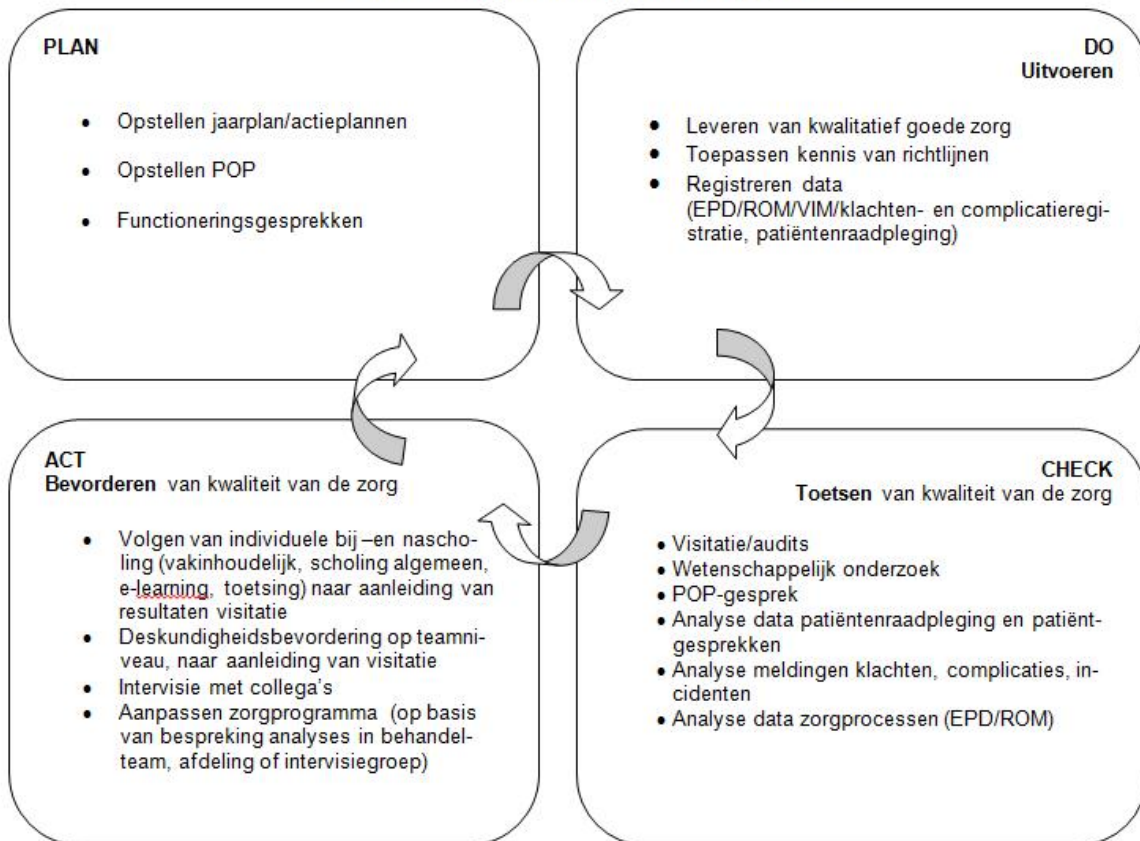
Tabel 2. Belangrijkste kwaliteitsinstrumenten in het medische model

Doelgebied	Methode
Pre- en postdoctoraal curriculum	Visitatie
Opleiding tot medisch specialist	Visitatie
Continue bijscholing	Accreditatie
Beroepsmatig functioneren	Richtlijnontwikkeling, peer review, visitatie
Arts-patiëntrelatie	Klacht- en tuchtrecht
Klinische competentie	Herregistratie

In 2010 formuleerde de NVvP een kwaliteitskader voor de psychiater (Sax 2010; zie figuur 1). In dit kwaliteitskader speelt de bekende 'plan-do-check-act'-cyclus (PDCA-cyclus) op alle niveaus een rol. Op het niveau van de individuele behandelaar streeft men naar doelgerichte bijscholing via persoonlijke opleidingsplannen (POP) en regelmatige reflectie op het eigen functioneren tijdens functioneringsgesprekken. In de individuele praktijkvoering staat, naast minder goed meetbare zaken zoals attitude en bejegening, het systematisch toepassen van richtlijnen centraal. ROM ziet men daarbij als een belangrijk onderdeel van de dagelijkse praktijkvoering, waarbij men de uitkomsten kan gebruiken om de behandeling van individuele patiënten te evalueren en waar nodig bij te sturen.

Voor psychiaters die in maatschaps- of teamverband werken, wordt eveneens, op groeps- of afdelingsniveau, een PDCA-cyclus nagestreefd middels het opstellen van jaarplannen en door het houden van periodieke, inmiddels voor herregistratie verplicht gestelde, praktijkvisitaties. Ook hierin kan men de met ROM verzamelde gegevens gebruiken om het verloop van de behandeling en de resultaten van het behandelbeleid te evalueren en waar nodig bij te stellen.

De kwaliteitscyclus van de individuele psychiater



Figuur 1. De kwaliteitscyclus van de individuele psychiater (Sax 2010)

3.4 ROM in de spreekkamer

ROM kan dus een belangrijk hulpmiddel zijn om samen met de patiënt te spreken over behandeldoelen en resultaten. Hiermee kan kwaliteit van zorg vanuit zowel het perspectief van de behandelaar als de patiënt – en de afstemming daartussen – versterkt worden. Hiervoor dient er in de ROM een goede mix te zijn tussen gemeten items vanuit verschillende perspectieven. Een goed voorbeeld daarvan is het gebruik van de CANVAS, een zorgbehoefteschaal die veel in de zorg voor patiënten met chronische psychotische klachten wordt gebruikt. Dit instrument registreert de zorgbehoefte van de patiënt en de mate waarin de geboden zorg daarin voorziet, zowel vanuit het perspectief van de behandelaar als van de patiënt.

Om een dergelijk instrument werkelijk vruchtbaar in te zetten in de spreekkamer dient het gebruik van ROM goed ingebed te zijn in de evaluatiecyclus voor het behandelplan. Dit kan doordat de hulpverlener en de patiënt de schaal samen invullen ofwel doordat de behandelaar ervoor zorgt dat de uitkomsten van de meting toegankelijk zijn en meegenomen worden tijdens de evaluatie en periodieke bijstelling van het individuele behandelplan.

Dit laatste is in veel gevallen nog niet goed geïmplementeerd, met als gevolg dat de ROM-uitslagen een slapend bestaan leiden in een nauwelijks benutte database. Het is daarbij ook belangrijk om de belasting voor de patiënt in ogenschouw te nemen. Het komt regelmatig voor dat patiënten aangeven dat ze het nut van het invullen van allerlei vragenlijsten niet inzien.

3.5 ROM en onbedoelde benchmarking: valkuilen

De ontwikkeling van ROM is in eerste instantie vanuit de beroepsgroep geïnitieerd om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Maar al snel werd deze ontwikkeling door externe partijen, zoals IGZ en zorgverzekeraars, aangegrepen om meer inzicht te krijgen in de ‘black box’ die de psychiatrie vaak voor hen is. Deze partijen hebben dan ook grote interesse in de via ROM verzamelde gegevens, vooral om op deze wijze de prestaties van de diverse zorgaanbieders te kunnen vergelijken. Dit was echter niet de oorspronkelijke doelstelling van ROM en bovendien kent het gebruik van ROM-data voor benchmarking een aantal duidelijk valkuilen. Om te beginnen is er nog geen consensus over de vragen: welke uitkomsten moeten wij meten (bijvoorbeeld vanuit de verschillende perspectieven, zie paragraaf 3.2) en zijn die metingen voldoende betrouwbaar en valide? In de tweede plaats worden de uitkomsten van zorg vooral bepaald door factoren waar de behandelaar of de instelling geen invloed op hebben. Denk bijvoorbeeld aan leeftijd, geslacht, sociale omstandigheden en psychiatrische voorgeschiedenis.

Uitkomsten moet men daarom relateren aan dit soort ‘case-mixvariabelen’. Dit vergt complexe statistische correcties – als correctie al mogelijk is – die op dit moment nog onvoldoende zijn uitgekristalliseerd en getoetst. Case-mixcorrectie is naar verwachting dan ook niet op korte termijn betrouwbaar uitvoerbaar. Hierdoor krijgt men in de nabije toekomst nog geen betrouwbaar beeld van de geleverde prestaties op basis van geaggregeerde bestanden. Zou men dit al wel kunnen, dan is ook nog niet direct duidelijk waar verschillen in uitkomsten tussen zorgaanbieders mee te maken hebben. Om dat te kunnen doen, zal men ook gegevens moeten verzamelen over de verschillende inputvariabelen (structuur) en procesvariabelen, bijvoorbeeld hoe het staat met de beschikbare middelen en hoe er wordt omgegaan met richtlijnen.

3.6 ROM en criteria voor nieuwe interventies

Met alle voortvarendheid waarmee ROM landelijk wordt geïmplementeerd, zou men haast vergeten dat het hier gaat om een interventie in de zorg, die net als andere beoordeeld dient te worden op werkzaamheid, doeltreffendheid en doelmatigheid. De evaluatie van nieuwe methoden in de diagnostiek en behandeling van patiënten vindt sinds jaar en dag plaats via ‘medical technology assessment’ (MTA). MTA is de belangrijkste basis voor beslissingen voor het toelaten van nieuwe medische interventies op de markt en bij het opstellen van richtlijnen volgens de methodiek van de evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO). In tabel 3 zijn in het kort de belangrijke begrippen weergegeven die binnen MTA worden gebruikt.

Tabel 3. Begrippenkader ‘medical technology assessment’ (MTA)

Werkzaamheid (<i>efficacy</i>): bewezen effectiviteit van een interventie onder optimale omstandigheden
Doeltreffendheid (<i>effectiveness</i>) de mate waarin de interventie ook in de dagelijkse praktijk werkt
Doelmatigheid (<i>efficiency</i>): de mate waarin de inspanningen (geld, middelen, tijd) zich verhouden tot de opbrengsten (gezondheidswinst)

Het is van belang om, liefst voor de introductie van ROM als routine-interventie in de ggz, na te gaan of ROM zelf voldoet aan de deze MTA-criteria.

ROM vereist een forse investering in personeel en middelen – denk bijvoorbeeld aan copyrights op veel van de gebruikte vragenlijsten. Routinematig gebruik van uitkomstenmeting in de ggz zal een forse budgettaire impact hebben.

ROM vereist ook forse inspanning van de patiënt. Uit ervaring in de praktijk blijkt dat het vaak nog wel lukt om ROM-instrumenten bij een substantieel deel van de patiënten af te nemen bij een eerste meting, maar dat het vaak niet lukt om meer dan enkele tientallen procenten in een tweede of derde meting te krijgen. Dat ligt gedeeltelijk aan het feit dat patiënten niet meer mee willen werken.

De haalbaarheid van routinematig toepassen van uitkomstmetingen is nog niet gebleken en het zal dus nog een forse inspanning vergen als men deze interventie werkelijk in de volle breedte wil invoeren. Daarbij is ook van belang dat, zoals in hoofdstuk 2 van deze handreiking uiteen is gezet, er op dit moment slechts enige, maar nog zeer beperkte evidence is voor de werkzaamheid en doeltreffendheid van ROM. Over de kosteneffectiviteit en doelmatigheid van deze interventie zijn nog geen gegevens beschikbaar.

3.7 Samenvatting en discussie

Zoals we in de voorgaande paragrafen hebben uiteengezet, is het gebruik van ROM een methode voor het verbeteren van de kwaliteit van de psychiatrische behandeling, die momenteel landelijk stormachtig in opmars is. Echter, het is duidelijk dat ROM alleen van nut kan zijn wanneer deze is ingepast in een groter geheel van kwaliteitsinterventies. ROM kan een instrument zijn in de 'check-fase' van de PDCA-cyclus, op het niveau van de individuele behandeling, de behandelaar of de zorginstelling, wanneer de uitkomsten van ROM in samenhang met andere kwaliteits- en prestatie-indicatoren beschouwd worden. Inzichtelijk zal moeten worden gemaakt hoe de verschillende aspecten van input (structuur) en proces de (ROM-)uitkomsten beïnvloeden.

Als instrument om de kwaliteit van de individuele behandeling te verbeteren is in hoofdstuk 2 beschreven dat het gebruik van ROM alleen van waarde is wanneer de metingen goed zijn ingebed in de cyclus van de behandelplaneluatie. De ROM-uitkomsten dienen daarbij aan de orde te komen, bij voorkeur in dialoog met de patiënt en eventueel een naastbetrokkene. Hier liggen grote kansen voor de toepassing van ROM. Helaas staat op dit moment ROM op veel plaatsen nog vrij los van de reguliere behandelpraktijk. Op dit gebied valt veel te verbeteren.

Complexer ligt het gebruik van ROM voor benchmarking. Om ROM-gegevens op geaggregeerd niveau werkelijk zinvol te kunnen gebruiken, is een goed inzicht vereist in de factoren die de uitkomst van zorg bepalen. Het gaat daarbij in de eerste plaats om een goede correctie voor case-mixvariabelen. De noodzakelijke kennis daarover is maar zeer beperkt beschikbaar.

Tot slot is van belang dat men, alvorens ROM-instrumenten op grote schaal in te voeren, een MTA en een nadere analyse van de kosten verricht.

Literatuur

Basisset prestatie-indicatoren (<http://www.zorgvoorbeter.nl>, klik op: onderwerpen, bemoeizorg, nieuwsberichten, prestatie-indicatoren in de ggz en verslavingszorg).

Duits, N. (2006). *Kwaliteit onderzoek pro Justitia van jongeren*. (Proefschrift Universiteit van Amsterdam). Assen: Van Gorcum.

Havenaar, J.M., Bering, R. (2008). *Kwaliteitszorg in de geestelijke gezondheidszorg*. In: Havenaar, J.M., van Splunteren, P., Wennink, H.J. (red). *Koersen op kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.

Havenaar, J.M., Heemskerk, B., Bisseling, E.M. (2002). *Kwaliteit quo vadis? (I) De opkomst van kwaliteitszorg binnen de psychiatrie*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 95-106.

Sax, N. (2010). *Kwaliteit in samenhang, kwaliteitskader 2008-2011*. Utrecht: NVvP.

4. Gebruik van ROM als feedback bij behandeling

Ad Molenaar, psychiater

4.1 Kwaliteit

De kwaliteitscirkel van Deming, 'plan-do-check-act', geeft het basisprincipe van kwaliteitszorg aan: plan en doe en check (toets) wat je doet. Het is van belang om na de check-fase ook een 'act'-fase te laten volgen. De 'act' is de consequentie van de bevindingen; ook wel 'borging' genoemd. De check of toetsing is de evaluatie van datgene wat wij gedaan hebben. ROM is daar een hulpmiddel bij. Deze komt na het plannen en het doen. Bij ROM is het van belang dat de informatie de therapeut bereikt en door hem/haar gebruikt wordt. Hierdoor kan de feedbackcirkel ('loop') plaatsvinden. In deze feedbackloop wordt een appel gedaan op het lerend vermogen van de behandelaar.

Bij het gebruik van ROM is feedback van het grootste belang. De aanname bij het gebruik van ROM is dat monitoring leidt tot betere resultaten. Voor deze aanname is nog weinig bewijs verkregen. Uit onderzoek van Lambert e.a. (2003) blijkt dat als ROM gedaan wordt terugkoppeling naar de therapeut van de ROM-uitkomsten van het grootste belang is.

4.2 Verzamelen van ROM-informatie

De informatie die men door middel van ROM verzamelt, kan op diverse manieren teruggekoppeld worden. Een onderscheid is onder andere het terugkoppelen op individueel niveau (behandelaar en patiënt) of op geaggregeerd niveau (team, zorgprogramma of instelling). Omdat er grote verschillen bestaan tussen teams, zorgprogramma's en instellingen rijst soms de vraag wat de betekenis van het vergelijken van resultaten op geaggregeerd niveau is. De twee niveaus van terugkoppeling zijn gebaseerd op een verschillende behoefte: De behandelaar van de individuele patiënt heeft waarschijnlijk een voorkeur voor feedback van deze patiënt. Hij is misschien minder geïnteresseerd in de feedback op geaggregeerd niveau. Dit ligt voor de manager in principe andersom.

4.3 Omgaan met feedback

Feedback is een vorm van communicatie, met een zender, een boodschap en een ontvanger. De kunst is om de feedback op een goede manier te gebruiken. In het algemeen zijn mensen geneigd om positieve feedback gemakkelijker te accepteren dan negatieve. Onopgeloste negatieve feedback belemmert de voortgang van de behandeling. De bevinding van Carlier e.a. (2010) dat er aanwijzingen zijn dat ROM vooral zinvol is bij minder goed lopende behandelingen sluit daarbij aan.

Feedback wordt gemakkelijker opgepakt als deze concreet is over wat goed en niet goed gaat. Ook timing helpt: als er minder tijd zit tussen de ROM-meting en de feedback, kan de feedback beter gebruikt worden. Feedback wordt gemakkelijker geaccepteerd als de bron betrouwbaar is. In de reclame wordt hier veel gebruik van gemaakt. Men doet dit door de reclameboodschap uit te besteden aan iemand die geloofwaardig overkomt.

Ook de ontvanger speelt een rol. Een belangrijke variabele in de persoonlijkheid is de voorkeursstijl: mensen met een sterke voorkeur voor externe feedback staan meer open voor feedback van anderen. Mensen met

een sterke voorkeur voor interne feedback hebben de neiging om meer te vertrouwen op het eigen oordeel (De Jong 2012).

Binnen de sociale psychologie is er een theorie over de werking van feedback. In het model van de Vanderbilt University (ontwikkeld door de onderzoeksgroep van Bickman) worden de volgende drie factoren onderscheiden:

- ‘Goal commitment’: motivatie van de behandelaar om de patiënt te helpen beter te worden.
- De manier waarop de feedback aandacht krijgt van de behandelaar en de mate waarin deze de feedback accepteert.
- Strategieën van de behandelaren hoe om te gaan met het gevoel dat negatieve feedback oproept.

Daarbij zijn ook de omvang en de wijze van presentatie van de feedback van belang. Overzichtelijke presentatie (bijvoorbeeld met grafieken) en beperktheid helpen om feedback gebruiksvriendelijker te maken.

4.4 Conclusie

Het is van groot belang om de ROM-metingen te gebruiken in de behandeling, als feedback voor de effecten die men heeft bereikt. Hierdoor ontstaat een ‘feedback loop’ die de kwaliteit van de behandeling kan verbeteren (kwaliteitscirkel). Visuele presentatie van de ROM-gegevens en beperking in de hoeveelheid ROM-gegevens bevorderen het gebruik van ROM als feedbackinstrument.

Literatuur

Carlier, I.V., Meuldijk, D., van Vliet, I.M., van Fenema, E., van der Wee, N.J., Zitman, F.G. (2010). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, E-pub*.

Jong, K. de (2012). De rol van de behandelaar: de ‘vergeten’ factor in ROM. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 54*, 197-201.

Lambert, M.J., Whipple, J.L., Hawkins, E.J., Smart, D., Vermeersch, D.A., Nielsen, S., e.a. (2003). Is it time for clinicians routinely to track patient outcome? A meta analysis. *Clinical Psychology, 10*, 288-301.

5. ROM/RPM: wat adviseren we bij wie in welke situatie?

Ad Molenaar, psychiater

5.1 Definitie en inleiding

In dit hoofdstuk wordt informatie gegeven over 'routine proces measurement' (RPM). RPM is een vorm van 'routine outcome measurement'. De RPM wordt ook wel 'routine outcome *monitoring*' genoemd. Nadeel van deze benaming is dat deze ook wordt afgekort met ROM. Routine proces measurement noemt men ook wel tracking: het volgen van het spoor van de patiënt.

Nog een andere benaming voor RPM is 'client-directed outcome-informed' (CDOI)-benadering. CDOI betekent dat de patiënt actief betrokken wordt of is en feedback geeft op de therapeutische relatie en daarnaast steeds informatie geeft over de stand van zaken.

'Client-directed' wil zeggen: de patiënt is actief in beeld door middel van actieve feedback. Dit krijgt vorm door het gebruik van de *Session Rating Scale* (SRS)(figuur 2).

'Outcome-informed' wil zeggen: informatie over het veranderingsproces van de patiënt door middel van de *Outcome Rating Scale* (ORS) (figuur 1). De ORS geeft een indruk van het functioneren van patiënt op meerdere levensgebieden.

De vragenlijsten die men voor RPM gebruikt, zijn bijvoorbeeld de ORS en de SRS. Deze neemt men bij elke sessie af.

Of en wanneer u het beste RPM of ROM inzet, wordt deels bepaald door uw eigen voorkeur. In de methodiek van de RPM zijn de grootste verschillen met de klassieke vorm van ROM de omvang van de vragenlijsten en de frequentie van meting: RPM vragenlijsten zijn aanmerkelijk **korter**, worden **vaker** afgenomen.

De RPM krijgt de afgelopen jaren toenemend aandacht. Aangetoond is inmiddels dat het meten van de uitkomsten een kwaliteitsverhogend effect heeft op het verloop van de behandeling. Bij RPM zijn 3 aanvullende aannames van belang:

- het gebruik van een psychiatrische diagnose is slecht gecorreleerd met het verloop en het voorspellen van de uitkomst van de behandeling;
- het is niet gemakkelijk om de superioriteit van de ene behandelmethodede aan te tonen boven de andere;
- het is niet gemakkelijk om de superioriteit van farmacologische behandeling aan te tonen bij de behandeling van psychische problemen.

De gemiddelde effectiviteit van behandelingen verbetert matig ondanks het gebruik van nieuwe diagnostische categorieën, het gebruik van evidence-based behandelingen en het gebruik van nieuwe psychofarmaca. Om een patiënt zijn of haar gedrag wezenlijk te laten veranderen, is het van belang hem of haar actief mee te nemen. (Asay & Lambert 1999; Wampold 2001). In psychotherapieonderzoek werd gezocht naar de factoren die samenhangen met het veranderproces van de patiënt. Uit dit onderzoek blijkt dat de rol van de patiënt essentieel is in het veranderproces: deze variabele is van groter belang dan het gekozen therapeutische model. Uit onderzoek van Asay en Lambert (1999) blijkt dat veranderingen in therapie gerelateerd zijn aan de volgende factoren: 40% komt voor rekening van de patiënt en extra-therapeutische factoren, 30% komt voor rekening van de therapeutische relatie, 15% is toe te schrijven aan placebo-effect, hoop en verwachting en 15%

aan het gekozen therapiemodel. Met de RPM wordt nadrukkelijk ingezoomd op de patiënt, extra-therapeutische factoren en de therapeutische relatie.

5.2 Vragenlijsten

Aansluitend bij bovenstaande overwegingen zijn er twee schalen ontwikkeld met 4 vragen. De *Outcome Rating Scale* (ORS; zie figuur 1) vraagt naar functioneren van de patiënt in de week voorafgaande aan de therapieweek. De patiënt geeft een indruk over dit functioneren door middel van het maken van een keuze op een visuele schaal van 0-10 bij deze 4 vragen.

De ORS is een schaal die gericht is op diverse aspecten van het functioneren van de patiënt, zoals deze dat zelf beoordeelt. De ORS richt zich op het individuele en het interpersoonlijke welbevinden (contacten thuis, mensen die dichtbij staan) en op het sociale aspect (werk, opleiding, sociale contacten). Ook wordt de patiënt gevraagd een algeheel oordeel te geven over het leven buiten de therapie. De ORS is afgeleid van Lamberts *Outcome Questionnaire* (Lambert e.a. 1996) OQ 45. De OQ 45 richt zich evenals de ORS op het functioneren van de patiënt op diverse levensgebieden. De OQ45 is een lijst met 45 items. In de ORS is het aantal items teruggebracht tot vier vragen. Daardoor is het invullen van de vragenlijst sterk vereenvoudigd.

Daarnaast wordt aan het einde van het gesprek opnieuw een vragenlijst aan de patiënt voorgelegd over het verloop van de therapiesessie: de *Session Rating Scale* (SRS; zie figuur 2; Miller 2002). Deze biedt de patiënt de gelegenheid om direct feedback te geven op het gesprek, waardoor gevoelens van onvrede snel boven tafel komen. Dit laatste leidt tot een toename van de therapietrouw.

De SRS is een zogenaamde engagement schaal, bedoeld om (negatieve) feedback te ontlokken en zo de *alliantie* oftewel de therapeutische relatie te verbeteren.

Het bijzondere van het gebruik van deze vragenlijsten is dat de feedback onmiddellijk wordt ingebracht in de behandeling. Door middel van de SRS en de ORS krijgt de therapeut doorlopend extra informatie over het verloop van het behandelproces. Het stelt de therapeut in staat ongeacht het therapiemodel het eigen handelen gericht bij te sturen en stagnatie in het therapeutische proces bijtijds te onderkennen. De therapeut krijgt zicht op zijn minder sterke kanten en gelegenheid om zich op tijd te verbeteren.

De CDOI kan tevens als interventie-instrument in de therapie gebruikt worden. Uit onderzoek (bijvoorbeeld Anker e.a. 2009) komt naar voren dat het gebruik van CDOI leidt tot minder uitval, beter afgestemde behandelduur en -frequentie en een hogere gemiddelde *effect size* in de genoemde onderzoekspopulatie.

5.3 Gebruik van de ORS en de SRS:

Als er gekozen wordt voor het gebruik van de ORS en de SRS is het advies om ze zoveel mogelijk bij alle sessies te gebruiken. Als er eventueel een keer een ORS of SRS uitgevallen is, kan men de afname bij een volgende sessie weer continueren. Het gebruik van deze instrumenten kost weinig tijd en geeft patiënt de gelegenheid om op een eenvoudige manier informatie over zichzelf te geven.

De patiënt krijgt de gelegenheid om vóór of aan het begin van de sessie een ORS in te vullen. Aan het begin van de sessie kan de patiënt de gelegenheid krijgen zijn keuzes toe te lichten. Het vervolg van het gesprek kan

op meerdere manieren vorm krijgen. Het gebruik in strikt geprotocolleerde therapieën vraagt een aanpassing van het protocol. Het gebruik in groepstherapieën vergt aanpassing van het proces.

Aan het einde van de sessie krijgt patiënt de gelegenheid om een SRS in te vullen. Deze scores kan men aan het einde van de sessie bespreken. Zo nodig kan men er een vervolg aan geven in een volgend gesprek. Van belang is om gevoelens van onvrede zo snel mogelijk enigszins aan de orde te stellen.

Bij het volgen van de score van de ORS zijn er diverse mogelijkheden.

Men kan de ORS gebruiken als screeningsinstrument in de aanmeldprocedure om mede op geleide van de uitkomst te bepalen hoe snel men mensen tot een intake moet toelaten (zonder wachttijd of met een langere wachttijd). Men zou bijvoorbeeld mensen met een lage ORS-score snel in kunnen laten stromen en patiënten die zich aanmelden ondanks een hoge ORS-score een wat langere wachttijd kunnen geven.

Ook het verloop van de ORS-score in het therapieproces is belangrijke informatie die de behandeling kan sturen. Hier kan men allerlei vervolgacties aan koppelen. Uitgebreidere informatie vindt u o.a. in de boeken, vermeld aan het einde van dit hoofdstuk.

5.4 Doelgroep

De instrumenten zijn in eerste instantie ontwikkeld voor een patiëntengroep die psychotherapie kreeg. In het gebruik zijn ze goed toepasbaar bij patiënten die ambulantly behandeld worden. Omdat deze instrumenten zich niet richten op een bepaalde diagnostische categorie zijn ze breed toepasbaar. Bij de langdurig zorgafhankelijke patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen zijn ze mogelijk minder toepasbaar. De ORS kan in die groep periodiek gebruikt worden. Het geeft dan informatie over de stand van zaken en de voortgang van het traject.

Bij verschillende instellingen wordt momenteel geëxperimenteerd met het toepassen van deze instrumenten in dag-klinische groepen alsook in klinische voorzieningen. Ook in de sector beschermd wonen wordt er een pilot mee gedaan.

5.5 Benchmark

In de huidige fase is de ORS niet geaccepteerd als instrument voor benchmarking. Aanleveren van bijvoorbeeld een start- en een vervolg- of eindmeting van de ORS gedurende een DBC-traject aan de Stichting Benchmark GGZ is niet mogelijk. Er is discussie over deze situatie. In de VS wordt er ook als vergelijkingsmiddel veel gebruik van gemaakt.

5.6 Conclusie

RPM is een goede methode om samen met de patiënt het behandelproces te volgen. Dit geldt in ieder geval voor de ambulante psychiatrische patiënt. Door deze keuze wordt de therapie meer cliëntgericht en uitkomst gerelateerd. Doordat de Stichting Benchmark GGZ de ORS niet accepteert, is het in deze fase nodig een ander instrument uit het ROM-pakket toe te voegen.

5.7 Toekomstvisie

Voor de nabije toekomst zijn deze instrumenten zeer bruikbaar in de vermelde doelgroepen. Ze zijn gericht op patiëntfactoren en de therapeutische relatie. Er is nader onderzoek nodig bij specifieke groepen, bijvoorbeeld de verslavingszorg en kinder- en jeugdpsychiatrie. Bij deze laatste groep spelen bijvoorbeeld de ouders een belangrijke rol, en komt het kind vaak niet met een eigen vraag voor behandeling.

De instrumenten kenmerken zich door hun beperktheid en de directe terugkoppeling van de informatie. Dit zijn waardevolle elementen voor het concreet maken van de feedback (zie hoofdstuk 4).

In de Verenigde Staten worden de data ook op geaggregeerd niveau verzameld en op die manier teruggekoppeld aan de deelnemende instellingen. Het zou nuttig zijn als in Nederland de Stichting Benchmark GGZ deze faciliteit ook zou bieden.

De toekomst zal leren welke instrumenten het meest van belang zijn om relevante informatie aan te leveren. Een groot voordeel van de ORS en de SRS is de beknoptheid. Men kan zich afvragen of deze instrumenten niet té beknopt zijn. Nader onderzoek of deze instrumenten in de terugkoppeling voldoende informatie geven is dan ook gewenst.

Leestips

Duncan, B.L., Miller, S.D., Sparks, J.A. (2004). *The heroic client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy.* San Fransisco: Jossey-Bass (Wiley). (ISBN 0-7879-7240-1.)

Duncan, B.L. (2010). *On becoming a better therapist.* Washington: American Psychological Association. (ISBN: 978-1-4318-0757-2).

Literatuur

Anker, M.G., Duncan, B.L., & Sparks, J.A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: a randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 693-704.

Asay, T.P., & Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In: M.A. Hubble, B.L. Duncan, en S.D. Miller, (Eds.). *The heart and soul of change: What works in therapy.* (pp. 33-56). Washington: American Psychological Association.

Lambert, M.J., & Brown, G.S. (1996). Data-based management for tracking outcome in private practice. *Clinical Psychology, 3*, 172-178.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings* Hillsdale: Erlbaum.

Outcome Rating Scale: Hoe gaat het met u?

Naam: _____
Leeftijd: ___ jaar
Datum: ___ (dag) ____ (maand) 20___ (jaar) Behandelcontact nr. ____
Vult u dit formulier voor uzelf in? ja / nee Indien voor een ander: wat is uw relatie met deze persoon? _____

Hoe is het met u gegaan de afgelopen week, of sinds het laatste behandelcontact - inclusief vandaag -?
Zet op elke lijn een kruisje.
Links is 'laag' en rechts is 'hoog'.

Individueel

(persoonlijk welbevinden)

|-----|

Relationeel

(familie, intieme vrienden)

|-----|

Sociaal

(werk, opleiding, sociale contacten)

|-----|

Algemeel

(algemeen welbevinden)

|-----|

Institute for the Study of Therapeutic Change www.talkingcure.com
© 2000, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson
vertaling V.4.0: Frank Asmus, Mark Crouzen & Flip Jan van Oenen
Email: vertaling@yahoo.com

Licensed for personal use only

Figuur 1. Nederlandse versie Outcome Rating Scale (ORS)

Session Rating Scale: Hoe vond u de bijeenkomst?

Naam: _____

Datum: ____ (dag) ____ (maand) 20__ (jaar) Behandelcontact nr. ____

Zet op elke lijn een kruisje bij de beschrijving die het beste past bij uw gevoel.

Relatie

Ik voelde me *niet* gehoord, begrepen en gerespecteerd.

-----|

Ik voelde me gehoord, begrepen en gerespecteerd.

Doelen en Onderwerpen

We hebben *niet* gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten.

-----|

We hebben gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten.

Aanpak en/of Werkwijze

De manier van werken van mijn behandelaar paste *niet* goed bij mij.

-----|

De manier van werken van mijn behandelaar paste goed bij mij.

Algeheel

Er miste iets in het behandelcontact vandaag.

-----|

Over het geheel genomen vond ik het behandelcontact van vandaag in orde.

Institute for the Study of Therapeutic Change www.talkingcure.com
© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson
vertaling: V.4.0: Frank Asmus, Mark Crouzen & Flip Jan van Oenen
Email: vertaling@yahoo.com

Licensed for personal use only

Figuur 2. Nederlandse versie van de Session Rating Scale (SRS)

6. Implementatie van ROM en de rol van de psychiater

Victor Buwalda, psychiater

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen de organisatorische aspecten van de implementatie van ROM aan de orde. De psychiater heeft te maken met de implementatie van ROM in de organisatie - afhankelijk van de behandelverantwoordelijkheid - op team-, afdelings-, divisie- of circuitniveau of op het niveau van de Raad van Bestuur. Als medisch specialist heeft de psychiater verantwoordelijkheid om hieraan inhoudelijk leiding te geven (Hutschemaeker 1998). Hij of zij heeft overzicht over de diverse behandelmodaliteiten.

ROM staat voor het met regelmaat meten van de resultaten van behandeling (de Beurs & Zitman 2007). Een betere term is 'routine outcome measuring'. Deze term wordt met name in het buitenland gehanteerd (o.a. Bilsker e.a. 2002; Pirkis e.a. 2005). Het is hierbij van belang om (klinisch relevante) veranderingen in de toestand van de patiënt zichtbaar te maken (Williamse e.a. 2007) en de behandeling bij te sturen, indien nodig (de Beurs & Zitman 2007; Oudejans 2009; Sperry e.a. 1998). Het reflecteren op de resultaten van de behandeling en op basis hiervan de interventie aanpassen is meer het echte monitoren (Buwalda e.a. 2011). Op geaggregeerd niveau kan men de resultaten van behandeling gebruiken om inzicht te krijgen in de behandelresultaten van een team of afdeling. Oudejans (2009) spreekt dan van 'routine outcome management'. ROM wordt voor alle genoemde aspecten gebruikt.

6.2 Implementatie?

Volgens Davis e.a. betekent implementatie invoering van een innovatie in de dagelijkse routines. Dit vereist effectieve communicatiestrategieën en het wegnemen van belemmeringen (Davis e.a. 1997). Hierop aansluitend betekent implementeren een actief doorvoeren van een (gedrags)verandering (Swinkels & Buwalda 2011). Implementeren is een proces met verschillende stappen: maken van een plan, uitvoeren en borgen. Swinkels e.a. (2011) wijzen er ook op dat implementeren een cultuurverandering betekent. Het is daarom van belang om professionals en managers mee te nemen in dit proces, waarbij men verwacht dat er veranderingen optreden in de manier waarop deze partijen hun werk doen. Om een globaal inzicht te krijgen wat implementatie in de praktijk betekent, hebben Grol en Wensing (2006) een implementatiemodel ontworpen dat uit zes fasen bestaat (tabel 1).

Tabel 1. Implementatiemodel van Grol en Wensing (2006)

1.	Vorbereidende fase: beschrijven van het voorstel tot verandering. Het gaat hier om het systematisch plannen van het hele implementatieproces via projectmanagement.
2.	Diagnostische fase: beschrijving van de feitelijke stand van zaken van de zorg.
3.	Analyse van de doelgroep en setting: context, kenmerken van de doelgroep, belemmerende en bevorderende factoren betreffende de voorgestelde verandering.
4.	Selecteren van de in te voeren veranderingen. Het gaat hier vooral over disseminatie van kennis, belangstelling wekken, een positieve houding en bereidheid tot veranderen bevorderen en implementatie (het in werking stellen van de verandering): de feitelijke uitvoering van het plan.
5.	De mogelijkheid van een testfase. Testen uitvoeren van de implementatieactiviteiten.
6.	Evalueren en bijstellen van het plan.

Bij de implementatie wordt voortdurend gebruik gemaakt van de PDCA- (plan-do-check-act)-cyclus als onderdeel van de continue kwaliteitsverbeteringscyclus. De implementatie en de manier waarop dit gebeurt, hangt ook af van de setting waarin ROM wordt gebruikt: elke setting vraagt weer een andere benadering (zie hoofdstuk 8a-h).

6.3 Competenties

De psychiaters met lijnverantwoordelijkheden, beleidspsychiaters, dienen over bepaalde competenties te beschikken die nodig zijn om een implementatietraject tot een goed einde te kunnen brengen. Onder competenties verstaat de beroepsgroep de bekwaamheid om een professionele activiteit in een specifieke context adequaat uit te voeren door geïntegreerde aanwezigheid van kennis, vaardigheden, attitude en persoonskenmerken (HOOP 2009). De competenties zijn gebaseerd op het CanMEDS-model, dat zeven rollen of competenties onderscheidde, te weten de medisch expert, de professional, de communicator, de collaborator, de manager, de health advocate en de wetenschapper. Competenties zijn verbonden aan activiteiten of taken. Ze zijn veranderlijk in de tijd en dus leerbaar, aldus HOOP (2009).

Het is de vraag over welke competenties een beleidspsychiater dient te beschikken wil hij of zij leiding kunnen geven aan de implementatie van ROM. Omdat het hier om een veranderproces gaat, spreken we gemakshalve van de competentie 'verandermanagement'. De aspecten kunnen we onderverdelen in algemene aspecten van de competentie. In een later stadium komt aan de orde wat dit betekent voor de verschillende leidinggevende niveaus: team- en afdelingsniveau, divisie en circuitniveau en als laatste het niveau van de Raad van Bestuur.

Competentie 'verandermanagement'

Kennis

De beleidspsychiater dient op alle niveaus van de organisatie kennis te hebben van de volgende gebieden.

- *Implementatiestrategieën*. Hij of zij zal zich vergewissen van de verschillende implementatietheorieën zoals de 'diffusion innovation theory' van Rogers (1995; 2003). Deze theorie maakt inzichtelijk dat bij het implementeren van een nieuwe methode de medewerkers in zes groepen zijn onder te verdelen: 2,5% voorlopers; 13,5% vroege aanhangers die in een vroeg stadium de nieuwe verandering

accepteren; 34% vroege meerderheid; 34% late meerderheid; 16% achterblijvers of conservatieven. Deze laatste groep wordt nog onderverdeeld in 13,5% achterblijvers en 2,5% hardnekkige sceptici. Kennis van de implementatiestrategieën geeft inzicht in wat de beleidspsychiater kan verwachten wanneer deze leiding geeft aan een implementatieproces.

- *Procesmanagement*. De beleidspsychiater zal zich de verschillende fasen van het proces eigen maken en weet welke hulpmiddelen ter beschikking staan om het implementatieproces tot een goed einde te brengen. Bijvoorbeeld: voor een goed beloop van het implementatieproces zal men het proces continu moeten 'monitoren'. Op deze manier kan men ervoor zorgen dat het proces volgens planning verloopt, de urgentie van het proces actueel blijft en bijgestuurd kan worden.
- *Toepassen van de verschillende soorten meetinstrumenten voor ROM*. Om ROM goed te kunnen implementeren, is het van belang om kennis te hebben van de eisen die aan ROM-instrumenten worden gesteld en welke instrumenten aan deze eisen voldoen.

Kennis over genoemde gebieden is te vinden in *Praktijkboek ROM in de ggz* (Buwalda e.a. 2011).

Vaardigheden

Vaardigheden zijn kwaliteiten die de beleidspsychiater in staat stellen om het implementatieproces tot een goed einde te brengen en ROM als onderdeel van het primaire proces te borgen. De beleidspsychiater dient daarbij te beschikken over leiderschapsvaardigheden zoals draagvlak creëren en medewerkers motiveren om mee te doen met de implementatie van ROM. Dit kan bijvoorbeeld door ze mede verantwoordelijk te maken voor de implementatie. Ook dienen leiders een aanstekelijke visie en missie te hebben waardoor medewerkers zich bij hen aansluiten (Ansems & Moens 2010).

Professionele attitude

Volgens Ansems en Moens (2010) houdt een professionele houding in dat een leider consequent is in zijn of haar gedrag, energiek, ontspannen en zelfverzekerd is, mensen eerlijk behandelt, een zelfkritische houding heeft en zich natuurlijk professioneel gedraagt.

Op team- en afdelingsniveau:

Op team- en afdelingsniveau is het van belang om medewerkers te motiveren. Dit gebeurt onder andere door te beargumenteren en te laten zien waarom de toepassing van ROM in de dagelijkse praktijk belangrijk is. Wanneer medewerkers merken hoe het afnemen van de ROM door henzelf en het vervolgens bijstellen van de behandeling op basis van de ROM-metingen leiden tot verbetering van deze behandeling, kan dit de motivatie voor ROM sterk verhogen.

Op divisie- en circuitniveau

Op dit niveau is ook de voorbeeldfunctie van belang. Daarnaast is het bij elkaar brengen van de verschillende ervaringen met ROM een aandachtspunt. Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat ROM eenduidig wordt ingevoerd. Afhankelijk van hoe groot de organisatorische eenheid is van de divisie, komt ook de verzekeraar aan de orde. Deze partij wil inzicht krijgen in de begin- en eindmetingen van de behandeling.

Op het niveau van de Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur (RvB) neemt met de divisiedirecties een standpunt in over de implementatie van ROM en hoe dit proces wordt gefaciliteerd. Het is van belang dat de RvB het gebruik van (de resultaten uit de) ROM realistisch inzet in de onderhandelingen met de verzekeraar. De RvB kan contacten onderhouden met andere ggz-instellingen om af te stemmen en zich te organiseren bij het uit de pas lopen van te hoge verwachtingen bij bijvoorbeeld overheden of andere externe partijen. Zij kunnen ook zorgdragen voor goede voorwaarden voor benchmark in overleg met andere ggz-partners.

6.4 Conclusie en handvatten

Voor het implementeren van ROM is verandermanagement nodig. Het is niet eenvoudig om ROM onderdeel te laten uitmaken van het primaire proces en te integreren in de behandeling (Buwalda e.a. 2011). Dit vraagt specifieke kennis, vaardigheden en attitude van de moderne beleidspsychiater, wil die het implementeren van ROM tot een goed einde te brengen. De beleidspsychiater doet dit op de verschillende niveaus van een ggz-organisatie. Het doel van de implementatie van ROM is de kwaliteit van de behandeling te verbeteren. Het toepassen van ROM heeft alle potentie om dit doel ook daadwerkelijk te bewerkstelligen, mits de toepassing goed gebeurt.

Literatuur

- Ansems, P., & Moens, J. (2010). *Kleur bekennen. Kleedkamergesprekken over leiderschap*. Assen: Van Gorcum.
- Beurs, E. de, & Zitman, F. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI). De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141.
- Bilsker, D., & Goldner, E.M. (2002). Routine outcome measurement by mental health-care providers: is it worth doing? *Lancet*, 360, 1689-90.
- Buwalda, V.J.A., Nugter, M.A., Swinkels, J.A., & Mulder, C.L. (2011). *Praktijkboek ROM in de ggz. Een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Davis, D., & Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experiences and research evidence in the adoption of clinical guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 157, 408-416.
- Grol, G., & Wensing, M. (2006). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). *HOOP. Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hutschemaekers, G.J.M., & Neijmeijer, L. (1998). *Beroepen in beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Oudejans, S. (2009). *Routine outcome monitoring & learning organizations in substance abuse treatment*. (proefschrift). Amsterdam: UVA
- Pirkis, J., Burgess, P., Coombs, T., Clarke, A., Jones-Ellis, D., & Dickson, R. (2005). Routine measurement of outcomes in Australia's public sector mental health services. *Australia and New Zealand Health Policy*, 2, 1-7.
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations*. (4de druk). New York: Free Press.
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. (5de druk). New York: Free Press.

- Sperry, L., Brill, P.L., Howard, K.L., & Grissom, G.R. (1996). *Treatment outcomes in psychotherapy and psychiatric interventions*. New York: Brunner, Mazel.
- Swinkels, J.A., & Buwalda, V.J.A. (2011). Implementeren en de kunst van het verleiden. In: Buwalda, V.J.A., Nugter, M.A., Swinkels, J.A., & Mulder, C.L. (red.). *Praktijkboek ROM in de ggz. Een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Williams, Jr. J.W., Slubicki, M.N., Tweedy, D.S., Bradford, D.W., Trivedi, R.B., Baker, D. (2009). *Evidence synthesis for determining the responsiveness of depression questionnaires and optimal treatment duration for antidepressant medications*. Durham: Durham Veterans Affairs Medical Center/Duke Evidence-based Practice Center.

7. ROM in de opleiding tot psychiater

Paul Naarding, psychiater

7.1 Inleiding

Routine outcome monitoring (ROM) heeft, zoals bekend, vier doelstellingen, op het niveau van achtereenvolgens:

- de individuele patiënt: behandelen en begeleiden;
- een patiëntengroep en/of behandelprogramma: zorgvragen en behoeften;
- afdelingen/instellingen: verantwoorden;
- wetenschap en kennis: wetenschappelijk onderzoek.

Hoewel het begrip ROM al jaren geleden geïntroduceerd is, zien de primaire zorgprofessionals ROM veelal nog als 'iets van buiten'. Daarmee vergeten zij de eerste doelstelling en, in iets mindere mate, ook de tweede. Terwijl dit juist de doelstellingen zijn die direct aan de patiëntenzorg raken en dus aan de verantwoordelijkheid van de individuele psychiater (in opleiding). Daarnaast zal de psychiater bijna altijd worden ingezet voor beleidstaken en is menig psychiater ook wetenschappelijk actief. Volgens de herziene opleidingseisen (HOOP) moet de arts in opleiding tot specialist (AIOS) competentiegericht opgeleid worden. Als wij de AIOS nu ook willen opleiden in het toepassen van de ROM, om welke competenties gaat het dan?

7.2 Behandelen en begeleiden

Veel van de voor de ROM voorgestelde lijsten zijn terug te vinden in de richtlijnen zoals die door de NVvP zijn uitgegeven. Deze richtlijnen zijn verplichte kost voor elke psychiater in opleiding. Het moge dan ook duidelijk zijn dat het leren toepassen van ROM binnen de opleiding tot psychiater een plaats verdient.

Ook het werken met behandelplannen is gemeengoed geworden. Dit is in feite de concretisering van wat de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) voorschrijft: er is een overeenkomst tussen zorgverlener en patiënt en in die overeenkomst wordt vastgesteld:

- wat het probleem is (de diagnose);
- wat de acties zijn om dit probleem op te lossen (de behandeling)

Het is goed wanneer de behandelaar samen met de patiënt criteria opstelt op basis waarvan zij samen kunnen besluiten of de behandeling het beoogde succes heeft of niet. Daar hoort dan ook een termijn bij, waarna het behandelplan geëvalueerd wordt. De relevante competentiegebieden voor de AIOS/psychiater zijn 'professioneel' en 'medisch handelen'.

Bij sommige aandoeningen is het mogelijk om hierbij objectieve metingen te gebruiken. Neem bijvoorbeeld een hoge bloeddruk: deze is meetbaar en de behandeling is een succes, indien de bloeddruk tot onder een bepaalde waarde daalt.

In de psychiatrie is het niet altijd eenvoudig om goede maten te vinden waaraan we het succes van een behandeling kunnen afmeten, omdat het veelal om subjectieve klachten gaat. Toch zijn er tal van lijsten te vinden om (onderdelen van) de behandeling te evalueren. Op het niveau van de stoornis is hiervoor een overzicht te vinden in de richtlijn 'Psychiatrisch onderzoek bij volwassenen' van de NVvP (Sno e.a. 2004). In paragraaf 4.16 van deze richtlijn is voor allerlei deelgebieden aangegeven welke scorelijst van nut kan zijn bij

het meten van de ernst van de klachten en die dus gebruikt kan worden bij de evaluatie van een behandeling. De richtlijnen voor de verschillende stoornissen bevatten meestal ook een paragraaf over scorelijsten die dit doel kunnen dienen. Het competentiegebied dat hierin aangesproken wordt, is wederom 'medisch handelen', maar ook 'kennis en wetenschap'.

7.3 Zorgvragen en behoeften

Scorelijsten die gebruikt worden in de directe patiëntenzorg zijn vaak op symptomen gericht. Al voordat de ROM wat breder geïntroduceerd werd, waren er in de verschillende richtlijnen aanbevelingen over het gebruik van deze lijsten gedaan. De meeste psychiaters zijn hier bekend mee. Voor de meeste opleidingen geldt ook dat hier op één of andere manier training in is gedurende de opleiding. Echter, de problematiek van psychiatrische patiënten betreft vaak meer dan alleen hun psychiatrische stoornis en de hierbij horende symptomen. Om die reden worden ook op het gebied van de overige zorgvragen en behoeften nu vragenlijsten geïntroduceerd. Het is van belang hieraan ook in de opleiding aandacht te besteden.

Als voorbeeld wordt bij ouderen met psychiatrische problematiek bij ROM geadviseerd gebruik te maken van de *Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS)65+*. Vanuit de uitkomsten van de HoNOS65+ kan men een invulling geven aan de verschillende behandeldoelen in het behandelplan. Het behandelplan kan men ordenen naar vijf subdoelen, te weten: psychiatrie/cognitief, sociale redzaamheid, mobiliteit, verrichtingen van algemeen dagelijks leven (ADL)/somatiek en (overige) gedragsproblemen. Na observatie, gesprekken met de patiënt en eventueel derden kan de behandelaar de HoNOS65+ invullen. De verschillende schalen van de HoNOS65+ corresponderen goed met de genoemde doelen in het behandelplan.

De HoNOS65+ kan men ook bij een volgende evaluatie van het behandel/zorgplan weer gebruiken en deze kan direct een goede maat zijn voor het al dan niet opgelost zijn van een bepaalde beperking. Het gaat dan dus niet om alleen de (psychiatrische) symptomen. Qua competenties gaat het hier om (naast natuurlijk weer 'medisch handelen') de competentie 'organisatie/maatschappelijk handelen' en omdat het hier om zorgvragen op verschillende terreinen gaat, ook om 'samenwerken' en 'communicatie'.

7.4 Een praktijkvoorbeeld

Op een opnameafdeling voor ouderen komt een 78-jarige matig intelligente man bij wie sprake is van zeer langdurige psychiatrische problematiek. Het gaat om stemmingswisselingen (bipolaire stoornis) met een hoge frequentie ('rapid cycling'). Deze worden gecompliceerd door somatische aandoeningen (diabetes mellitus en hart-vaatziekte) van recenter datum. Als gevolg van artrose loopt patiënt moeilijk en hij heeft regelmatig veel pijn in rug, heup en knieën. In verband met deze lichamelijke problemen is hij aangewezen op allerlei medicijnen waar hij zelf het zicht niet op heeft en die hem soms met enige overredingskracht moet worden aangereikt. Patiënt heeft nog één broer, maar deze is zelf ook ziekelijk en er is altijd moeizaam contact geweest. Andere sociale contacten zijn er niet.

Op de HoNOS65+ zou de problematiek van de patiënt leiden tot een relevante score op de diverse subschalen. Deze score bestrijkt de eerste vier behandeldoelen van het behandelplan. Per subdoel zijn nu ook nog sub-ROM-metingen mogelijk, waarbij weer een beroep gedaan wordt op het medisch handelen van de behandelende psychiater.

Voor de evaluatie van de stemming kan men, afhankelijk van het moment, kiezen voor een depressie- of manielijst. Om het cognitief functioneren goed in kaart te brengen, kan men eerst screenen met de *Mini-Mental State Examination* (MMSE) en *Frontal Assessment Battery* (FAB), alvorens een uitgebreider neuropsychologisch onderzoek te doen. Te overwegen is nog om ook in de verpleegkundige observatie gebruik te maken van zowel lijsten ter observatie van de stemming (bijvoorbeeld de *Cornell Scale for depression in dementia*) als ter observatie van het cognitieve functioneren (bijvoorbeeld de *Nurse Observation Scale of Cognitive Abilities* (NOSCA)). Voor de somatische problemen zoals bloedsuikerspiegel en bloeddruk kunnen vrij duidelijke en concrete afkappunten gehanteerd worden. Voor het valrisico kan men een risicotaxatielijst gebruiken (bijvoorbeeld de '*Risicolijst valincidenten*'; RIVA), op basis waarvan gepaste maatregelen getroffen kunnen worden.

Uit dit praktijkvoorbeeld wordt duidelijk dat men in grote lijnen de behandel- en zorgbehoefte van iedere patiënt met de HoNOS65+ goed in kaart kan brengen. Hieruit komt ook duidelijk naar voren dat er op de verschillende competentiegebieden van de (coördinerend) psychiater (in opleiding) een beroep gedaan wordt. Hoewel hier dus soms ook de competenties van verpleegkundigen en andere disciplines worden aangesproken, vraagt het van de behandelend psychiater zowel organisatorische als communicatieve vaardigheden en daarbij samenwerkingsvaardigheden om dit totale behandelplan goed op te stellen.

7.5 Verantwoorden

Zoals in de inleiding al werd gesteld, zullen de meeste psychiaters op enig moment in hun carrière ook bij beleidszaken betrokken worden. Qualitate qua is de psychiater verantwoordelijk voor het beleid bij zijn/haar patiënten, maar dit strekt zich uit tot de totale praktijk die door deze psychiater bediend wordt. Het is daarom van groot belang dat de psychiater in opleiding hier in zijn/haar training ook mee kennismakt. Dit behoort tot de competentie 'professioneel handelen' en ook tot 'organisatie'. Het kunnen verantwoorden van wat men doet, is de kern van professionaliteit. Van daaruit zou de professional dus ook nieuwsgierig moeten zijn naar de uitkomsten en resultaten van de geboden zorg. Vanuit deze resultaten kan hij of zij de zorg dan bijsturen of aanvullen. Ook nieuwe activiteiten kan men dan op hun effectiviteit beoordelen en evalueren.

Niet zelden is het nu zo dat AIOS in hun opleidingssituatie juist (te) weinig meekrijgen van dit onderdeel van het werk. Om het opleiden mogelijk te maken gelden allerlei randvoorwaarden die niet overeenkomen met de realiteit van alledag voor de psychiater ná de opleiding. De enige manier om hier als AIOS concreet kennis mee te maken is wanneer ze kiezen voor een beleidsstage. Ik zou ervoor willen pleiten om de AIOS in elke stage mee te nemen in het psychiatrische beleid dat de stage supervisor voert. Een kritisch vragende rol van de AIOS daarbij kan zowel voor de opgeleide zelf als voor de afdeling en de supervisor van meerwaarde zijn. ROM zou hier de nodige ondersteunende informatie kunnen geven.

7.6 Tot slot

Het is in de huidige psychiatrische praktijk noodzakelijk om – ook conform de richtlijnen – gebruik te maken van meetinstrumenten en scorelijsten. Deze hebben hun waarde niet alleen bij screening en diagnostiek, maar ook om het verloop van de behandeling en het effect van interventies te monitoren. Daarmee wordt één van de doelen van ROM dus ook een belangrijk doel van iedere individuele behandelaar. Het is noodzakelijk om

iedere nieuwe professional en dus ook de toekomstige psychiater hier goed (en competentiegericht) in te trainen en op te leiden. Het gaat daarbij niet alleen om de individuele behandeling, maar ook om de overige zorgvragen en behoeften en om het verantwoorden van de zorg die geleverd wordt.

Literatuur

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). *HOOP. Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Sno, H.N., Beekman, A.T.F., Hengeveld, M.W., Kuipers, T., Kupka, R.W., Naarding, P., e.a. (2004). *Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Amsterdam: Boom.

8. ROM per setting of aandachtsgebied

In dit hoofdstuk beschrijven verschillende auteurs voor hun setting en aandachtsgebied hoe psychiaters zo goed mogelijk de verschillende ROM-instrumenten in hun praktijk kunnen integreren. De implementatie en de uitvoering van ROM dienen daarbij zoveel mogelijk de verbetering van de behandeling als doel te hebben. In de verschillende paragrafen hebben auteurs ernaar gestreefd praktische handvatten te bieden. Door de grote verschillen tussen de vakgebieden wordt duidelijk dat er geen 'one size fits all'-benadering mogelijk is. De auteurs hebben zich daar waar mogelijk gebaseerd op de adviezen van de expertgroep van het project ROM GGZ. Het volledige overzicht van de adviezen zijn beschikbaar via de website van de NVvP.

Daarbij komen achtereenvolgens aan de orde:

- 8A. ROM in de eigen praktijk;
- 8B. ROM in de ziekenhuispraktijk;
- 8C. ROM binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie (ROMCKAP);
- 8D. ROM in de ouderenpsychiatrie;
- 8E. ROM in de forensische psychiatrie: een lang verhaal in het kort;
- 8F. ROM bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen;
- 8G. ROM bij de behandeling van angst- en stemmingsstoornissen;
- 8H. ROM in de verslavingszorg.

8A. ROM in de eigen praktijk

Willem Maillette de Buy Wenniger, psychiater

De ROM bestaat. In de ggz, maar ook in de praktijk van de zelfstandig gevestigde psychiater (ZGP).

Het werkveld van de ZGP

De door de ZGP behandelde patiënten lijden in het algemeen aan ernstiger problematiek. De stoornissen die de ZGP behandelt zijn meestal langdurig of recidiverend, met problemen op meerdere levensgebieden. ELP en psychotherapeuten verwijzen vaak naar de ZGP als de problematiek te zwaar wordt, of als er sprake is van bijvoorbeeld suicidaliteit of psychose. Ook voor diagnostiek vinden deze verwijzingen van andere disciplines naar de ZGP plaats. Vrijwel nooit ziet een ZGP een patiënt die niet eerder door huisarts, eerstelijns psycholoog of psychotherapeut gezien is, tenzij er sprake is van ongewone of onbekende klachten. Zoals al eerder genoemd, zijn er veelal netwerken, waarbinnen men in korte lijnen samenwerkt, soms zijn er meer formele samenwerkingsverbanden. Vanzelfsprekend is ook de psychiater degene die medicatie voorschrijft en indiceert voor andere therapievormen, als Electro Convulsieve Therapie.

Welke instrumenten?

In maart 2011 heeft de Interne Commissie ROM van de Afdeling Zelfstandig Gevestigde Psychiater van de NVvP een richtinggevend advies uitgebracht aan haar leden om de vraag te beantwoorden: welk ROM-programma is het meest toegespitst op de situatie van de zelfstandig werkende psychiater?

Vooraf formuleerde de commissie twaalf criteria en vervolgens vergeleek zij de mogelijkheden. Een keuze werd gemaakt op grond van de soorten vragenlijsten en de wijze van afnemen, het aanleveren van de uitkomsten aan een centrale verzamelplaats (portal), de inzichtelijkheid voor de psychiater en de mogelijkheid deze direct in het (elektronische) dossier in te voeren, en tenslotte natuurlijk de kosten. Een drietal aanbieders is met elkaar vergeleken. Voor meer informatie over de vergelijking en aanbevelingen, kunt u contact opnemen met het secretariaat van de NVvP.

De commissie heeft haar voorkeur uitgesproken voor de volgende vragenlijsten:

- De OQ 45. Deze is nog niet voldoende gevalideerd, maar heeft als voordeel dat men deze goed kan gebruiken om te 'tracken' (het zeer regelmatig afnemen om het proces te volgen), doordat er verkorte versies van bestaan (de Core 8 en de Core 5).
- De ORS/SRS. Deze zijn eenvoudig en geschikt bij het instellen op medicatie. Ook kan men er overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen mee opsporen en bewerken (CDOI; zie hoofdstuk 5). Een nadeel van de ORS/SRS is dat deze (nog) niet gevalideerd zijn en mogelijk niet geschikt voor benchmarking. Daar staat tegenover dat er een versie voor kinderen is.
- De MANSA. Deze kan voor chronische patiënten worden gebruikt.
- De CQ index, MANSA en CGI-plus maken deel uit van de voorgestelde pilot-set prestatie-indicatoren, waarmee de NVvP in het najaar wil starten.

Welke meetmomenten?

Vul de lijsten in bij het begin van de behandeling, liefst nog vóór de intake, en na afsluiting van de behandeling. Maar in de eigen praktijk is het natuurlijk nog zinvoller om frequenter te meten, zodat u tijdens de behandeling de uitkomsten kunt bespreken met de patiënt (feedback; zie hoofdstuk 4). Denk aan een frequentie van iedere drie maanden vanaf de intake, of eventueel nog frequenter. Dat levert ook informatie op als de patiënt wegblijft voor u tot een afrondingsgesprek bent gekomen. Ook is het mogelijk om bij iedere zitting de evaluatie door de patiënt te registreren. Daarmee kunt u nauwgezet, procesmatig, de veranderingen volgen (tracking).

Effectieve feedback

Om te weten hoe u zich als ZGP kunt opstellen tegenover de ROM, dient u te weten wat deze voor uw praktijk inhoudt. Alleen maar uitkomsten meten levert voor de ZGP niets op, maar de eraan gekoppelde feedback in het behandelproces kan zinvol zijn in de interactie met de patiënt. Dan hebben we het dus in feite over procesmeting. Daarnaast kunnen de uitkomsten gebruikt worden om ze te vergelijken met die van collega's, die onder vergelijkbare omstandigheden praktijk voeren (spiegelen).

In de eigen praktijk is het mogelijk om te meten per stoornisgroep, zoals depressie, angst, aanpassingsstoornissen, psychotische stoornissen, ADHD. Vooral bij de laatste stuiten we dan op het probleem hoe hierbij om te gaan met de veelvoorkomende comorbiditeit. Dit is bij alle patiënten in de eigen praktijk een probleem, omdat juist daar alles bij elkaar komt: de psychiatrische symptomen, de persoonlijkheidsproblematiek en de sociale omstandigheden. Met één behandelaar, die oog heeft voor al die verschillende aspecten en in de interventies ze ook alle probeert te betrekken. De ZGP is bij uitstek de behandelaar die de psychiatrische patiënt een behandeling kan geven waarbij farmacotherapie en psychotherapie, bijvoorbeeld in de vorm van een systeembehandeling, in één hand zijn. Behalve per stoornisgroep kunt u er ook voor kiezen om te meten per behandelvorm (psychotherapie, farmacotherapie, en combinaties).

Verdere aanbevelingen voor de praktijk

Voor iedere zelfstandig werkende psychiater is het een voorwaarde dat hij of zij zelf kan bepalen wat prioriteit heeft bij ROM. Dit kan zijn:

Voor de eigen praktijkondersteuning

De ROM moet aansluiten bij de manier waarop u als ZGP uw praktijk vorm heeft gegeven. Voor de directief ingestelde psychiater, die kortdurende therapieën combineert met farmacotherapie, kan de ROM een aanvulling zijn in de manier waarop de behandelingen worden geëvalueerd. Als hierbij ook de frequentie van afnemen hoog genoeg is, kan de feedback een vast onderdeel van die behandelingen vormen. Meer inzichtgevend werkende therapeuten kunnen baat hebben van de uitkomstenmeting als procescontrole. In alle gevallen zal de eerste meting het liefst nog vóór het eerste gesprek worden afgenomen om het verschil met de door het contact optredende verbetering maximaal te laten zijn. In de ggz is dit waarschijnlijk niet haalbaar.

Voor de (intervisie)groep

Als men meer of minder samenwerkt met een (intervisie)groep, kan men de uitkomsten hiermee delen en vergelijken; spiegelen.

Voor de buitenwacht

De ROM-gegevens kunnen zonder onnodige extra bureaucratie een passend antwoord geven aan eisen die patiënten, overheid en ziektekostenverzekeringen stellen. We komen hiermee uit op de zogenaamde benchmarking. Positief is de transparantie en doelmatigheid die we daarmee bevorderen in wat we doen, en die men ook van ons mag verwachten. Een schaduwzijde zou echter kunnen zijn dat de uitkomsten van ROM-vragenlijsten door derden (als verzekeraars en instellingen) worden gebruikt ter onderbouwing van financiële beloningen. Op dit moment zijn de ROM-data nog niet geschikt bevonden voor een dergelijke toepassing. Er is dus goed onderzoek nodig en verder is het een taak van de NVvP om aan de buitenwacht duidelijk uit te leggen wat de beperkingen zijn van de resultaten.

Conclusie

Voor de ZGP is het de uitdaging om invoering in de praktijk van ROM niet vooral als een lastige administratieve extra inspanning te ervaren, maar ook als een nieuwe methodiek, een kans om met de patiënt samen naar het proces te kijken en hindernissen, blinde vlekken, zichtbaar te maken. Waarbij geldt: In de beperking toont zich de meester.

Leestips

Interne Commissie ROM, Afdeling Zelfstandig Gevestigde Psychiaters (2011). *Advies aan de NVvP*.

Buwalda, V.J.A., Nugter, M.A., Swinkels, J.A., & Mulder, C.L. (2011). *Praktijkboek ROM in de ggz. Een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten*. Utrecht: De Tijdstroom.

8B. ROM in de ziekenhuispsychiatrie

Carla Hagestein, psychiater

Inleiding

De ziekenhuispsychiatrie richt zich op integrale diagnostiek en behandeling van zowel somatische als psychiatrische stoornissen, in nauwe samenwerking met de andere betrokken medisch specialisten (Leentjens 2011; Verwey e.a. 2008; Visiedocument afdeling Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie). Dit betreft multidisciplinaire behandelingen van een zeer heterogene patiëntpopulatie.

De psychiatrische afdelingen van de diverse ziekenhuizen in Nederland verschillen onderling ook aanzienlijk van elkaar. In sommige ziekenhuizen richt de psychiatrische zorg zich uitsluitend op de somatisch-psychiatrische comorbiditeit (multidisciplinaire poliklinieken, medisch-psychiatrische units (MPU) en psychiatrisch-medische units (PMU), consultatieve dienst) (Leentjens 2011; Verwey e.a. 2008). Andere ziekenhuizen hebben soms een uitgebreide polikliniek psychiatrie of PAAZ, die zich meer richt op primair psychiatrische stoornissen.

Dit hoofdstuk richt zich op de 'ziekenhuispsychiatrie in engere zin' die zich bezighoudt met multidisciplinaire diagnostiek en behandeling van somatisch-psychiatrische comorbiditeit (Visiedocument Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie). Het introduceren van ROM binnen deze setting vergt zorgvuldige overwegingen en een gewogen klinische interpretatie van de uitkomsten. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste aspecten besproken, waarmee rekening gehouden moet worden.

Bijzondere populatie en setting

Binnen de ziekenhuispsychiatrie gaat het om patiënten met complexe problemen in een complexe setting. Patiënten hebben zowel somatische als psychiatrische morbiditeit en de somatisch specialisten en de psychiaters voeren gezamenlijk een behandeling uit. Zowel het effect van de psychiatrische en somatische ziekte, als het effect van de somatische en psychiatrische behandeling, zijn niet eenduidig van elkaar te onderscheiden. De volgende factoren spelen een rol:

Heterogene populatie

De patiënten vormen een zeer heterogene groep, omdat zowel de somatische als de psychiatrische aandoeningen divers zijn. Dit probleem valt deels te ondervangen door specifieke patiëntengroepen te selecteren die qua somatische en psychiatrische morbiditeit enigszins vergelijkbaar zijn. Maar ook daarbij is de vraag wat 'enigszins vergelijkbaar' is. Zijn bijvoorbeeld alle neurologische patiënten vergelijkbaar? Een jonge patiënt met multiple sclerose verschilt aanzienlijk in psychiatrische problemen van een oudere patiënt met ziekte van Parkinson of een CVA. En binnen de 'somatische categorieën' komt een brede variëteit aan psychiatrische aandoeningen voor. De keuze voor populaties die qua somatische en psychiatrische morbiditeit vergelijkbaar zijn, lijkt praktisch niet haalbaar omdat er dan zeer veel subcategorieën nodig zouden zijn.

Beperkingen in validiteit en afneembaarheid van vragenlijsten

Voor sommige somatisch ernstig zieke patiënten is het niet mogelijk mee te werken aan vragenlijsten, bijvoorbeeld vanwege fatische stoornissen of fysieke beperkingen. Naast het praktische probleem van de afneembaarheid, hebben somatische aandoeningen vaak invloed op de validiteit van psychiatrische

meetinstrumenten. Om een voorbeeld te geven: een review van Nelson e.a. (2010) toont aan dat de meest gebruikte meetinstrumenten voor depressie niet valide zijn bij oudere patiënten met kanker. Deels komt dit omdat de somatische aandoeningen gepaard kunnen gaan met symptomen die ook bij psychiatrische stoornissen kunnen voorkomen (bijvoorbeeld vermoeidheid, concentratieproblemen, slaapproblemen, gewichtsverlies). Ook kan de somatische conditie van invloed zijn op de manier waarop de psychiatrische stoornis zich manifesteert. In de DSM-classificatie heeft men voor diverse psychiatrische stoornissen (bijvoorbeeld cognitieve, psychotische of katatone stoornissen, stemmings- of angststoornissen, of persoonlijkheidsveranderingen) een aparte categorie opgenomen 'door een somatische aandoening'. De vraag is of deze stoornissen op een valide manier te meten zijn met de meetinstrumenten die gebruikt worden in de ggz. Als we niet weten wat we meten, is meten weinig zinvol. Ook de somatische prognose heeft vaak invloed op de uitkomst van de psychiatrische meetinstrumenten. Een zorgvuldige interpretatie van de uitkomsten door een ervaren zorgverlener is daarom essentieel.

Multidisciplinair karakter behandeling

De setting in de ziekenhuispsychiatrie is die van multidisciplinaire zorg binnen een algemeen of universitair ziekenhuis. De behandelingen zijn vaak kortdurend (zeker in de consultatieve dienst) en de psychiater is één van de behandelend medisch specialisten. In sommige gevallen is de behandeling van de psychiatrische stoornis niet het belangrijkste doel van de behandeling, maar draait het om stabiliseren of 'slechts' om het mogelijk maken van de behandeling van de somatische aandoening. Te denken valt aan chronisch psychiatrische patiënten die moeite hebben om de vereiste therapietrouw voor een diabetesbehandeling of een dialysebehandeling op te brengen.

De consultvraag komt in het merendeel van de gevallen van de collega-specialist en zelden van de patiënt zelf. Theoretisch zou het zinvol kunnen zijn om het beloop van de somatische aandoening en de tevredenheid van de consultvrager mee te nemen als uitkomstmaat. Praktisch gezien is dit lastig, uiteraard zijn andere factoren van belang op de somatische uitkomst behoudens de psychiatrische behandeling. De psychiater kan niet verantwoordelijk gesteld worden voor het beloop van de somatische behandeling.

Onderling grote verschillen

De setting en de patiëntenpopulatie verschillen ook tussen de ziekenhuizen onderling. Een ziekenhuis in de binnenstad heeft te maken met heel andere somatische en psychiatrische ziektebeelden dan een perifeer ziekenhuis. De populatie van een ziekenhuis in een grote stad vertoont bijvoorbeeld veel meer verslaving en meer hiv-gerelateerde aandoeningen. Dit geldt uiteraard ook voor psychiatrische instellingen. Echter, voor de ziekenhuispsychiatrie maakt de specialisatie van het ziekenhuis ook veel uit. Een grote afdeling neurologie/neurochirurgie, een oncologisch centrum en een grote afdeling verloskunde hebben elk specifieke bijbehorende risico's op psychiatrische comorbiditeit. Daarmee verschillen de consultvragen aan de psychiater. Te verwachten is dat de diverse ziekenhuizen zich in de toekomst nog meer zullen gaan specialiseren, waardoor de vergelijkbaarheid van de psychiatrische patiënten in diverse ziekenhuizen nog geringer wordt.

Kleine staf

Het personeel van een afdeling ziekenhuispsychiatrie bestaat vaak uit een kleine staf met relatief hooggeschoolde professionals, waardoor de praktische uitvoerbaarheid van het afnemen van uitgebreide vragenlijsten beperkt is. Voor een juiste interpretatie van vragenlijsten in deze heterogene populatie zijn gedegen kennis en ervaring juist onontbeerlijk.

Het is van groot belang dat men bij de invoering van ROM in de ziekenhuispsychiatrie voldoende rekening houdt met de genoemde aspecten. Het aantonen van de effectiviteit is niet zinvol wanneer gebruikgemaakt wordt van vragenlijsten die niet gevalideerd zijn in geval van somatische comorbiditeit. Het is bovendien volstrekt niet valide om de behandelresultaten van de ziekenhuispsychiatrie te vergelijken met behandeling van een psychiatrische patiëntengroep zonder relevante somatische comorbiditeit. Dit kan dan onjuiste consequenties hebben voor de gepercipieerde effectiviteit en vergoeding.

Welke meetinstrumenten?

Voor het invoeren van gestandaardiseerde meetinstrumenten binnen een poliklinische of klinische setting in een algemeen ziekenhuis, moet men de volgende aspecten overwegen:

- De eerste essentiële keuze betreft gebruik van een beperkt aantal algemene vragenlijsten of een uitgebreide set ziektespecifieke vragenlijsten.
- Het voordeel van het gebruik van ziektespecifieke vragenlijsten is dat het meer aansluit bij de klinische praktijk; het nadeel is dat dan een breed palet aan lijsten nodig is en dat er zeer weinig vragenlijsten goed gevalideerd zijn in geval van somatische comorbiditeit.
- Voor zover vragenlijsten onderzocht zijn in de setting van een algemeen ziekenhuis, betreft dit meestal screeningsinstrumenten.
- Deze zijn niet per definitie geschikt om het beloop van een stoornis te meten. De validatiestudies die gedaan zijn bij patiënten met somatische comorbiditeit wisselen erg in populatie, methode, setting en gekozen criteria. Voor diverse somatische aandoeningen worden andere voorkeurslijsten en andere grenswaarden geadviseerd, bijvoorbeeld voor depressie bij de ziekte van Parkinson (Schrag e.a. 2007).
- Een voorbeeld van een algemene lijst is de HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scale*, zie tevens het hoofdstuk betreffende ouderenpsychiatrie).

Trauer (2004) heeft het gebruik van de HoNOS in de setting van een algemeen ziekenhuis onderzocht, te weten op een psychiatrische opnameafdeling, een spoedeisende hulpafdeling (SEH) en de consultatieve dienst in een algemeen ziekenhuis. Echter, daarbij werd niet gekeken naar de validiteit. Sterker nog, de gehele somatische morbiditeit werd buiten beschouwing gelaten. De onderzoekers vonden dat patiënten op de SEH en de opnameafdeling hoger scoorden dan patiënten in de consultatieve dienst, en dat alle drie de populaties hoger scoorden dan ambulante psychiatrische patiënten. De patiënten in de consultatieve dienst scoorden hoger op cognitieve en fysieke problemen.

De ziekenhuispsychiatrie in de door Trauer bestudeerde populatie is waarschijnlijk niet vergelijkbaar met de ziekenhuispsychiatrie zoals bedoeld in dit hoofdstuk. De onderzochte opnameafdeling richtte zich op primaire psychiatrische stoornissen zonder relevante somatische comorbiditeit (het aantal patiënten met een 'organische' psychiatrische aandoening was 0,9%) en de meest voorkomende diagnoses in de consultatieve

dienst waren stemmingsstoornissen (31%) en angststoornissen (23%). Een recente telling onder een aantal Nederlandse ziekenhuizen (universitair, topklinisch en perifereer) laat zien dat in Nederland de consultvragen voor het merendeel betrekking hebben op cognitieve stoornissen (delier, dementie), aan middelen gebonden stoornissen (zowel verslaving als intoxicatie- en onthoudingsverschijnselen) en psychiatrische aandoeningen veroorzaakt door een somatische aandoening.

Wie neemt instrumenten af?

Bij de keuze van meetinstrumenten moet men ook een afweging maken tussen het gebruik van zelfinvullijsten, diagnostische interviews of observatielijsten. Tevens is de vraag wie het instrument moet afnemen: de psychiater, de somatisch behandelaar (in geval van een screeningsinstrument), de verpleging (in geval van observatielijsten). In de studie van Trauer (2004) werd de HoNOS bij 93-97% afgenomen door artsen (arts-assistenten en psychiaters). Dat is een belangrijk verschil qua investering met de ggz, waar de meetinstrumenten meestal door een getrainde verpleegkundige worden afgenomen.

Adviezen voor ROM-invoering binnen een afdeling ziekenhuispsychiatrie

Het belangrijkste advies is om niet overhaast te beginnen met het gebruik van ROM in het algemeen ziekenhuis. De afdeling consultatieve en ziekenhuispsychiatrie van de NVvP heeft langdurig aangedrongen op de oprichting van een expertgroep ziekenhuispsychiatrie. Deze expertgroep is eind 2011 van start gegaan. De expertgroep zal zich buigen over het nut en de haalbaarheid van ROM binnen de ziekenhuispsychiatrie en zal daarover met adviezen komen.

Vooruitlopend op deze adviezen kan ik alvast concluderen dat het starten van ROM binnen de consultatieve diensten in algemene ziekenhuizen in Nederland niet zinvol is. Voor deze setting, waarbij het gaat om psychiatrische consultatie voor een klinische behandeling op een somatische opnameafdeling, is ROM niet realistisch gezien de ernstige somatische morbiditeit en de gemiddeld korte opnameduur (gemiddeld 5,5 dagen in 2010) (Ernst & Young 2011). Wel is het zinvol om voor specifieke risicopopulaties gebruik te maken van screeningsinstrumenten. Dit gebeurt nu al voor patiënten met een hoog risico op delier in het kader van de prestatie-indicatoren (Leentjens 2007; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2010). Wellicht geldt ook voor andere risicopopulaties dat het nuttig kan zijn om op psychiatrische symptomen te screenen (bijvoorbeeld op onthoudingsverschijnselen bij alcoholgerelateerde aandoeningen). Dat valt echter buiten het kader van dit hoofdstuk.

Voor de psychiatrische afdelingen en poliklinische situaties is het verstandig om contact te zoeken met ziekenhuizen die een vergelijkbare patiëntpopulatie behandelen. Grote vraag is hoe 'vergelijkbare patiëntpopulaties' gedefinieerd moeten worden. Wanneer gestreefd wordt naar groepen die qua somatische én psychiatrische morbiditeit vergelijkbaar zijn zullen dit veel groepen zijn, waarvan sommige zeer beperkt in omvang. Er bestaat een spanningsveld tussen enerzijds de wens tot homogeniteit en anderzijds de praktische uitvoerbaarheid. Wellicht is het zinvol om het gebruik van ROM te beperken tot een beperkt aantal frequent voorkomende somatische aandoeningen waarvan bekend is dat ze gepaard gaan met veel psychiatrische aandoeningen (zoals cardiovasculaire aandoeningen, diabetes mellitus en maligniteiten).

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Er dient veel meer onderzoek plaats te vinden naar de validiteit van psychiatrische meetinstrumenten bij somatische aandoeningen. De expertgroep ziekenhuispsychiatrie van de NVvP zal de mogelijkheid onderzoeken om een aantal ziekenhuizen als pilot te laten fungeren om data te verzamelen en deze te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek. Met deze data kan men de validiteit van meetinstrumenten onderzoeken bij de diverse somatische aandoeningen. Wanneer er meer duidelijkheid is over de validiteit kan men deze data ook gebruiken om te onderzoeken of het mogelijk is om vergelijkbare populaties te selecteren en daarbinnen het beloop van de psychiatrische behandelingen te volgen.

Conclusie

De ziekenhuispsychiatrie onderscheidt zich van de reguliere ggz doordat deze zich richt op geïntegreerde behandelingen van comorbide somatische en psychiatrische stoornissen. Ook ziekenhuizen onderling verschillen aanzienlijk in hun somatische en psychiatrische patiëntenpopulatie en behandelaanbod. Binnen de consultatieve dienst is het gebruik van ROM niet zinvol. Wel is het nuttig om risicopopulaties te screenen, zoals nu al gebeurt in het kader van de prestatie-indicatoren. Voor de psychiatrische afdelingen en poliklinieken geldt dat er veel onbeantwoorde vragen zijn over de haalbaarheid en de validiteit van het routinematig gebruik van meetinstrumenten. Voor zover er al met meetinstrumenten wordt gewerkt, moet de uitkomst hiervan zorgvuldig worden geïnterpreteerd. Het is niet valide om een groep patiënten, met psychiatrische comorbiditeit, die primair specialistische behandeling zoekt voor een somatische aandoening, te vergelijken met een groep patiënten die primair behandeling wordt voor een psychiatrische stoornis. Ook binnen de ziekenhuispsychiatrie kunnen de diverse patiënten, met hun uiteenlopende somatische morbiditeit, niet zonder meer met elkaar vergeleken worden. Benchmarken op basis van ROM-gegevens in de ziekenhuispsychiatrie is volstrekt niet aan de orde. Wel kan het nuttig zijn data te verzamelen voor verder wetenschappelijk onderzoek en voor klinische uitwisseling tussen ziekenhuizen met een min of meer vergelijkbaar aanbod van patiënten.

Leestips

Afdeling Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie. *Visiedocument 2011-2014* (ter perse). In dit document staat helder omschreven hoe de afdeling consultatieve en ziekenhuispsychiatrie (ACZP) van de NVvP de ziekenhuispsychiatrie definieert.

Duke, B. (2010). HoNOS in the consultation liaison psychiatry setting: is it valid? *Australasian Psychiatry*, 18, 547-550. Dit is een Australische studie naar de validiteit van de HoNOS binnen de consultatieve dienst.

Duidelijk wordt in dit artikel dat de invloed van de somatische aandoening op de uitkomst groot is.

Os, J. van, Kahn, R., Denys, D., Schoevers, R.A., Beekman, A.T.F., Hoogendijk, W.J.G., e.a. (2012) ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 245-253. Hierin verwoorden de kernhoogleraren van Nederland de wetenschappelijke kritiek op het gebruik van ROM voor benchmarking. Een groot deel van deze argumenten is zeker van toepassing binnen de ziekenhuispsychiatrie.

8C. ROM binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie (ROMCKAP)

Miriam Kerkhoven, coördinator implementatie

Claudia Disse, projectmanager

Werkveld van de setting en ROM-samenwerkingsverband

De kinder- en jeugdpsychiatrie onderscheidt zich onder meer omdat niet één, maar meerdere informanten worden betrokken, de ontwikkeling van de cliënt een leeftijdsspecifieke aanpak vergt en de voor- en nazorg bij een diversiteit van partners ligt. Alleen wanneer men hiermee rekening houdt, zal ROM iets kunnen betekenen voor de sector als geheel.

In 2008 besloten zestien instellingen een samenwerkingsverband aan te gaan: het Routine Outcome Monitoring Consortium Kinder- en Adolescenten Psychiatrie (ROMCKAP), met als doel een ROM-methode te ontwikkelen voor de kinder- en jeugdpsychiatrie/geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (jeugd-ggz). Het uitvoeren van ROM binnen een samenwerkingsverband heeft grote voordelen, omdat men door bundeling van krachten de gezamenlijke expertise optimaal benut, men de kosten kan delen, de resultaten te vergelijken zijn en stakeholders optimaal kunnen worden betrokken, zowel wat betreft ontwikkeling, als verantwoording (ROMCKAP 2010).

Welke instrumenten?

Bij het gebruik van ROM binnen ROMCKAP onderscheiden wij generieke en specifieke meetinstrumenten. De generieke basisset van ROMCKAP meet op drie verschillende domeinen, geïdentificeerd als meest van belang voor deze specifieke doelgroep:

- *ernst van de problematiek;*
- *dagelijks functioneren;*
- *kwaliteit van leven.*

Voor het beoordelen van *de ernst van de problematiek* kan men kiezen uit twee instrumenten: de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goedhart e.a. 2003; Goodman e.a. 2000) óf het *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA; Achenbach e.a. 2008; Verhulst e.a. 1996, 1997). Beide instrumenten omvatten lijsten in te vullen door zowel ouder(s)/verzorger(s) als de jongeren. Eveneens hebben beide instrumenten een versie voor de leerkracht.

Het *dagelijks functioneren* wordt gebaseerd op het oordeel van de behandelaar aan de hand van de *Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents* (HoNOSCA; Gowers e.a. 1999).

De *kwaliteit van leven* wordt beoordeeld door zowel de ouder als het kind middels de KIDSCREEN (The KIDSCREEN Group Europe 2006). Bij het gebruik van de generieke basisset van ROMCKAP kunnen bij de leeftijd van 11-16 jaar steeds zowel het kind als de ouder de vragenlijsten invullen (zie tabel 1). In het algemeen kunnen kinderen vanaf 8 jaar goed 'zelfstandig' vragenlijsten beantwoorden. De vragenlijsten kunnen met behulp van ROM-software thuis ingevuld worden door ouder(s) en kind. Wanneer dit niet mogelijk is, kan de instelling de mogelijkheid aanbieden om de vragenlijsten te laten invullen op een computer in een 'ROM-kamer' in de instelling. De uitkomsten van de vragenlijsten kunnen vervolgens door de hoofdbehandelaar besproken worden met het kind en/of ouder(s).

In samenwerking met het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie zullen wij in de toekomst diagnosespecifieke vragenlijsten selecteren voor ROM, teneinde een voor kinder- en jeugdpsychiatrie specifieke stoornissen relevant instrumentarium op te stellen. Het kenniscentrum zal hiertoe per diagnose een prioritering wat betreft te gebruiken instrumenten opmaken. Criteria hiervoor zullen in de nabije toekomst nader worden bepaald, maar betreffen in ieder geval naast psychometrische kenmerken en mate van veranderingsdetectie ook kosteneffectiviteit. Deze prioritering zal tevens nuttig kunnen zijn ter ondersteuning van vergelijkbaarheid van gegevens voor de verschillende diagnosegroepen voor de zorgverleners.

Welke meetmomenten?

De meetmomenten bestaan uit vier verschillende soorten metingen: een voormeting, een startmeting, herhalingsmeting(en) en een eindmeting. De voormeting wordt idealiter afgenomen vóór de intake, zodat men de resultaten kan bespreken tijdens de intake. Indien er meer dan twee maanden tussen intake en start behandeling zit, kan het wenselijk zijn een startmeting af te nemen. De herhalingsmeting vindt in principe halfjaarlijks plaats, gerekend vanaf de start van de behandeling, met als doel de behandelresultaten te blijven monitoren. De eindmeting geschiedt rond het einde van de behandeling, waarbij idealiter men de resultaten nog kan bespreken in het eindgesprek. De Wetenschappelijke Raad van ROMCKAP zal binnenkort uitspraak doen omtrent de definitieve vaststelling van de meetmomenten, -marges en -frequentie binnen ROMCKAP.

Effectieve feedback

Terugkoppeling van ROM-resultaten aan de behandelaar en vervolgens aan de cliënt is belangrijk om ROM op zinvolle en efficiënte wijze in het behandelproces te gebruiken. Feedback kan men het beste in de vorm geven van directe, visueel aantrekkelijke en voor de behandeling relevante grafieken. Het is van belang om behandelaren te informeren omtrent de mogelijkheden van ROM en hen de meerwaarde van het benutten van ROM-data in het behandelproces te laten zien, of beter nog, te laten ervaren. ROM kan de behandelaar ondersteunen in het gebruik van individuele data voor het inzichtelijk maken van veranderingen, stellen van behandeldoelen, kiezen van interventies, al dan niet beëindigen van behandeling en algehele (zelf)reflectie. Zowel de behandelaar als de cliënt kan op deze wijze meer betrokken raken bij het proces en daarmee de behandeling positief beïnvloeden.

Onderzoek

Onderzoek in de kinder- en jeugdpsychiatrie richt zich vooral op academische en algemene populaties, onder meer omdat het moeilijk is om onderzoek te integreren in de weerbarstige praktijk. ROMCKAP heeft een onderzoeksprogramma opgesteld waarin men aandacht geeft aan wat het samenwerkingsverband kan betekenen voor de praktijk van de instellingen, voor het verbeteren van de zorg en voor de ontwikkeling van benchmark. Het onderzoeksprogramma is breed opgesteld en zal zich bijvoorbeeld gaan richten op de effecten op individueel niveau van (her)meten, het meten van verbetering, quasi-experimenteel onderzoek, indicatoren en het vergelijken op kwaliteit.

Aanbevelingen voor implementatie

Uit ervaringen binnen en buiten de ROMCKAP-lid-instellingen is gebleken dat het voor een goede implementatie van ROM van belang is deze implementatie een projectstatus en -werkwijze te geven. Het werken vanuit een project heeft als doel het proces van implementatie op een gecontroleerde, afgebakende, gestructureerde en efficiënte wijze uit te voeren, en om duidelijkheid te verkrijgen over doelen, afbakening, planning en beschikbare en benodigde middelen (Quant 2007). Het project krijgt daarnaast structuur door te werken aan de hand van verschillende volgtijdelijke fasen, die duidelijk gemarkeerde terugkoppeling-, evaluatie- en stuurmomenten met zich meebrengen. Het ROM-implementatieproject binnen de behandelpraktijk wordt binnen ROMCKAP (2011) voorgesteld in vijf fasen.

1. De initiatiefase;
2. hierin legt men de basis voor het project en zet de eerste stappen (Grit 2008). De definitiefase; waarin men bepaalt wat er moet gebeuren om het eindresultaat – de (succesvolle) implementatie van ROM – te behalen. Deze fase geeft integraal, volledig en op operationeel niveau duidelijkheid over wat er van het project verwacht kan worden.
3. De voorbereidingsfase; hierin brengt men de laatste zaken op orde voordat de implementatie van start gaat.
4. De implementatiefase.
5. De borgingsfase. Na de implementatie zal men de ROM in stand moeten houden.

ROMCKAP (2011) onderscheidt bij de implementatie van ROM vijf pijlers: methodiek, logistiek, communicatie, ICT en benutting. De pijlers geven het project structuur en bevatten belangrijke aandachtspunten voor de duurzame en succesvolle implementatie van ROM. Ze vormen een dwarsdoorsnede van de cruciale aandachtspunten gedurende de verschillende fasen, waarbij binnen elke fase de nadruk afwisselend op verschillende pijlers kan liggen (tabel 2)

Methodiek	Wat gaat er gemeten worden, bij welke cliënten, met welke instrumenten en op welke momenten?
ICT	Welke systemen zijn er nodig voor het uitvoeren van ROM? Welke systemen zijn al beschikbaar en welke dienen aangeschaft te worden?
Logistiek	Op welke manier worden de gegevens verzameld, wie verstuurt uitnodigingen, in welke systemen komen de resultaten, wie ontvangen rapportages? Kortom wie doet wat wanneer?
Gebruik	Wat wordt er met de resultaten gedaan? Op welke manier worden de resultaten onderdeel van de behandeling?
Communicatie	Ideeën en adviezen over de wijze van communicatie. Zowel intern als extern. Communicatie is belangrijk voor het draagvlak en het slagen van het project.

Tabel 2. Vijf pijlers bij de implementatie van ROM (ROMCKAP)

Aanbevelingen voor doorontwikkeling ROM

Voor de doorontwikkeling van ROM is het belangrijk om verdere afstemming te bewerkstelligen tussen verschillende initiatieven en sectoren. Denk bijvoorbeeld aan een identificatie van diagnosespecifieke meetinstrumenten, maar ook aan de afstemming met de volwassenenpsychiatrie. Hierbij spelen leeftijdsbegrenzing van de vragenlijsten en overdracht van cliënten. In het verlengde hiervan ligt afstemming

met ketenpartners zoals de jeugdzorg. Samenwerking binnen het brede vlak van de jeugdzorg/jeugd-ggz zal unieke mogelijkheden bieden om de zorg aan kinderen en jeugdigen te verbeteren.

Conclusie

Vanwege de bijzondere doelgroep plaatst implementatie van ROM de kinder- en jeugdpsychiatrie voor een aantal extra uitdagingen. Om optimaal te kunnen profiteren van de mogelijkheden en meerwaarde die ROM te bieden heeft, verlangt de doelgroep een eigen benadering. Dit besef wordt gedeeld en ondersteund door een groot aantal lid-instellingen, die alle gedreven zijn om kwaliteit van zorg te verbeteren aan de hand van uit ROM verkregen inzicht. Daarnaast wordt gezocht naar afstemming en samenwerking met de niet minder gedreven aanpalende sectoren; een trend die hoogst wenselijk is en die voor alle sectoren rondom kinderen en jeugd van meerwaarde zal blijken te zijn.

Leestips

- Boer, F., Markus, M., & Vermeiren, R. (2011). Kinderen en jeugd – verandering meten tijdens ontwikkeling. In S. van Hees, P. van der Vlist, & N. Mulder (red.). *Van weten naar meten. ROM in de ggz* (pp. 121-128). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Boer, F., Markus, M. Th., & Vermeiren, R.R.J.M. (2012). Zeg niet: 'Sta stil, anders kan ik je niet meten!' ROM in de kinder- en jeugdpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 167-171.
- Kerkhoven, M., Disse, C, & Markus, M. (2011). Samenwerking - meerwaarde voor kinderen & jeugd. In S. van Hees, P. van der Vlist, & N. Mulder (red.). *Van weten naar meten. ROM in de ggz* (pp. 53-60). Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Tabel 1. Generiek ROM-instrumentarium

	Vragenlijst	Versie	Informant	Leeftijd in jaren
Ernst problematiek	SDQ	P 3/4	Ouder	3-4
		T 3/4	Leerkracht	3-4
		S 11-17	Jongere	11-17
		P 4-16	Ouder	4-16
		T 4-16	Docent	4-16
	ASEBA	CBCL/1½-5	Ouder	1,5-5
		C-TRF	Docent	1,5-5
		YSR	Jongere	11-18
		CBCL/6-18	Ouder	6-18
		TRF	Docent	6-18
Dagelijks functioneren	HoNOSCA	HoNOSCA	Behandelaar	3-18
Kwaliteit van leven	KIDSCREEN	KIDSCREEN-27	Jongere	8-18
		KIDSCREEN-27	Ouder	8-18

8D. ROM in de ouderenpsychiatrie

Chris Bavinck, psychiater

Natasja Schutter, psychiater

Ton Dhondt, psychiater

Het werkveld van de setting

Binnen de ouderenpsychiatrie worden twee doelgroepen onderscheiden: gerontopsychiatrie en psychogeriatricie.

Gerontopsychiatrie

De doelgroep van de gerontopsychiatrie zijn patiënten zonder cognitieve problematiek als hoofddiagnose of belangrijke nevendiagnose. In verschillende instellingen gebruikt men verschillende leeftijdsgrenzen voor ouderenpsychiatrie. Voor uitkomsten (ROM) maakt het wel uit of we te maken hebben met iemand van 55 of van 85 jaar. Ouderenpsychiatrie kent zowel kortdurende als langdurende zorgtrajecten.

De doelgroep ouderen heeft specifieke kenmerken en voor de multidisciplinaire richtlijnen over depressie en angst zijn aparte addenda geschreven voor ouderen. Dit veronachtzamen door uitkomsten bij ouderen gelijk te stellen aan uitkomsten bij jonger volwassenen zou voorbijgaan aan deze specifieke kennis.

Psychogeriatricie

De doelgroep van de psychogeriatricie zijn oudere patiënten die wel cognitieve problemen hebben, meestal in de vorm van dementie. ROM bij dementie is methodisch lastig. Dementie is een progressief verslechterend ziektebeeld, met altijd een slechte afloop. De directe mantelzorger vormt een belangrijke bron van informatie en interventies zijn ook vaak gericht op de mantelzorger. In sommige instellingen schrijft men de mantelzorgers in als patiënten en wordt voor hen een DBC geopend en daarbij uitkomsten gemeten. Binnen de psychogeriatricie zou beoordelen van het proces in plaats van (alleen) te richten op uitkomst (=overlijden of opname in verpleeghuis en daarna overlijden) een betere insteek zijn. Mogelijke uitkomstmaten zijn: uitstel van opname; kwaliteit van leven van patiënt en mantelzorger; optreden en behandelen van gedragsproblemen. De expertgroep ouderen ROM GGZ adviseert de psychogeriatricie niet te veronachtzamen, maar juist te verbijzonderen door middel van het gebruik van specifiek voor de psychogeriatricie geschikte meetinstrumenten (helaas nog niet beschikbaar; zie verder) Tevens adviseert zij een landelijk traject te starten met specifieke experts.

Welke instrumenten?

NKOP (Nederlands Kenniscentrum OuderenPsychiatrie; www.ouderenpsychiatrie.nl) heeft een advies geformuleerd over ROM bij ouderen. De expertgroep ouderen ROM GGZ adviseert het NKOP-advies als vertrekpunt te nemen.

Als algemene instrumenten adviseert het NKOP:

- HoNOS65+ (een observatieschaal in te vullen door de behandelaar, waarbij zowel geestelijk als sociaal functioneren wordt gescoord)
- MMSE
- GAF
- GDS (Geriatric Depression Scale; een screenend instrument voor depressie; 15-vragenversie is gevalideerd) en de MADRS als ernstmaat.
- HADS-A (een zelfinvulvragenlijst naar angstklachten)
- GIP

Deze meetinstrumenten zijn bruikbaar binnen de gerontopsychiatrie. Bij oudere psychiatrische patiënten worden vooral voor meten van depressie andere instrumenten geadviseerd dan bij jongere patiënten, vooral vanwege het vaker voorkomen van somatische problemen bij ouderen die de expressie van de depressie mede bepalen.

Voor gebruik in de psychogeriatric zijn nog geen adviezen beschikbaar.

Men denkt aan het meten van mantelzorgbelasting, bijvoorbeeld door middel van de EDIZ (Ervaren Druk door Informele Zorg). Ook zou men de kwaliteit van leven van de patiënt of de mantelzorger kunnen meten. Voor het meten van kwaliteit van leven is op dit moment nog geen geschikt instrument voorhanden (ROM advies GGZ Nederland).

Wie neemt de instrumenten af?

De genoemde meetinstrumenten worden door de behandelaar afgenomen. Ook zitten er zelfinvulvragenlijsten bij.

Welke meetmomenten?

In de langdurende zorg, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, neemt men de instrumenten 1 x per jaar af. In de kortdurende zorg 1 x per 3 maanden en in ieder geval bij het begin (intake) en het einde (sluiten van de DBC).

Beginmeting:	neem alle zes instrumenten af.
Tussentijdse metingen:	neem HoNOS65+, GDS of HADS-A, en GIP af.
Eindmeting:	neem HoNOS 65+, GDS of HADS-A, en GIP af.

De GDS en de HADS-A worden afgenomen bij respectievelijk depressieve stoornissen en angststoornissen.

De HONOS65+ wordt bij alle patiënten afgenomen, ongeacht de stoornis.

De GIP is een gedragsobservatieschaal voor patiënten in een klinische setting.

Onderzoek

Naar het gebruik van de HoNOS 65+ is onderzoek verricht. Daaruit bleek dat de totaalscore van het instrument goed differentieert tussen groepen die verschillen in ernst van de problematiek. Ook komen de

symptoomschalen van de HoNOS65+ goed overeen met de DSM-IV-classificaties. Momenteel vindt bij het Trimbos instituut onderzoek plaats naar de correlatie tussen de HoNOS 65+ en de HADS-A.

Ook zijn er onderzoeken gedaan naar het gebruik van de GDS als maat voor de ernst van de depressie. De GDS blijkt hier een redelijk betrouwbare uitkomstmaat voor te bieden, met vrijwel altijd een hoge correlatie met de MADRS en de HDRS. Verder onderzoek zou zich kunnen richten op de correlatie tussen HoNOS65+ en de MMSE, HADS-A en GDS, om duidelijkheid te verkrijgen omtrent de bruikbaarheid van de HoNOS65+ bij verschillende psychiatrische stoornissen.

Health of the Nation Outcome Scale for the elderly (HoNOS65+)

De HoNOS65+ is een eenvoudig af te nemen instrument om het mentale, fysieke en sociale functioneren van ouderen te meten. Het instrument is specifiek ontwikkeld voor ouderen met psychiatrische problemen en heeft goede psychometrische eigenschappen (Burns e.a. 1999). Een behandelaar die patiënt redelijk kent, kan de lijst in vijf minuten invullen. De meerwaarde van dit instrument is vooral gelegen in de relevantie voor de dagelijkse praktijk (scores zijn sturend binnen behandelbesprekingen). Afname door een beoordelaar die de betreffende patiënt niet kent, vindt plaats met een gestructureerd interview dat ongeveer 30 minuten kost.

Geriatric Depression Scale (GDS-15)

De 15-itemversie van de *Geriatric Depression Scale* (GDS-15) is een zelfinvulvragenlijst bestaande uit 15 dichotome stellingen die met ja/nee beantwoord moeten worden. De GDS-15 werd ontwikkeld als screeningsinstrument, maar is later uitgebreid onderzocht en gevalideerd voor beloopstudies. De vragenlijst wordt aanbevolen door de expertgroep ouderenpsychiatrie van GGZ Nederland. In medicatietrials bij ouderen wordt meestal de MADRS gebruikt als instrument om de effecten van behandeling te meten; de correlatie tussen MADRS en GDS is echter vrijwel altijd erg hoog. De GDS is daarmee voldoende acceptabel en vergt minder tijd dan de MADRS (Smalbrugge e.a. 2008). De GDS kan ook als interviewlijst gehanteerd worden.

Hospital Anxiety-Depression Scale – Anxiety subscale (HADS-A)

De *Hospital Anxiety-Depression Scale – Anxiety subscale* (HADS-A). Een specifiek voor de ziekenhuispopulatie ontwikkeld instrument om de mate van depressie en angst te meten bij somatisch zieke patiënten. De angst-subschaal bestaat uit 7 items, die op een 3-puntsschaal door de patiënt worden ingevuld. Het is een veel gebruikt en goed gevalideerd instrument. Het wordt tevens aanbevolen door de expertgroep ouderenpsychiatrie van GGZ Nederland: 'HADS-A meet angstsymptomen. De afnameduur is beperkt. Er zijn diverse onderzoeken naar betrouwbaarheid en validiteit uitgevoerd (Croon e.a. 2005). HADS-A is een zelfinvullijst die echter ook als interviewlijst gehanteerd kan worden.'

Mini-Mental State Examination (MMSE)

De *Mini-Mental State Examination* (MMSE) wordt gebruikt om te screenen en de ernst van cognitieve stoornissen vast te stellen. Het is een veelgebruikt en internationaal geaccepteerd instrument (Folstein e.a. 1975; Mitchell e.a. 2009). De MMSE bestaat uit 20 items gericht op oriëntatie in tijd en plaats, eenvoudige geheugentest, concentratie, taal, rekenen, praxis en visuo-constructie. De score loopt van 0-30. Een vaak gebruikt afkappunt is > 24 (wel/niet cognitieve stoornissen). Ondanks beperkingen bij beïnvloeding door de

ernst van het toestandbeeld (vooral depressie), plafondeffecten bij beginnende cognitieve stoornissen en matige sensitiviteit voor executieve disfuncties, wordt de MMSE meegenomen omdat het voor (internationale) publicaties bij ouderen essentieel is om globaal de cognitieve functies te beschrijven. De MMSE is een screeningsinstrument, maar kan wel gebruikt worden om in de loop van een behandeling te (blijven) screenen op de aanwezigheid van cognitieve stoornissen.

Gedagsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP)

De GIP (Verstraten & van Eekelen 1989) is bedoeld voor het in kaart brengen van gedragsproblemen die het gevolg zijn van cognitieve stoornissen en stemmingsproblemen bij ouderen. Met de GIP wordt via het observeren van gedrag in de dagelijkse institutionele leefsituatie een screening gemaakt van de mate waarin zich bij ouderen psychische en psychiatrische problemen voordoen.

De GIP kent de volgende toepassingsmogelijkheden:

- Screening: voor het vaststellen van afwijkend gedrag, ter indicatie voor vervolgonderzoek, voor het in kaart brengen van veranderingen in gedrag, ter ondersteuning bij beslissingen over ouderen en voor het beschrijven van patiëntpopulaties.
- Diagnostiek: ter ondersteuning van de klinische diagnostiek.
- Behandeling: voor het evalueren van therapieën en behandelinterventies.
- De GIP kan worden afgenomen door ziekenverzorgenden, activiteitenbegeleiders, (psychiatrisch) verpleegkundigen en psychologen die de oudere goed hebben kunnen observeren.

De GIP bestaat uit 82 stellingen en wordt door één of twee observatoren ingevuld. Het invullen zelf duurt circa 15 minuten. Het is niet nodig om alle schalen in te vullen, niet-relevante schalen kunnen worden overgeslagen.

Global Assessment of Functioning (GAF)

De GAF-score is een maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid in de vorm van een score tussen 0 en 100. De score is een onderdeel van het DSM-IV-systeem.

Aanbevelingen en conclusie

Wij raden aan om het advies van de expertgroep ouderen ROM GGZ over te nemen en de genoemde meetinstrumenten te gebruiken bij ouderen in het werkveld van de gerontopsychiatrie. Voor gebruik in de psychogeriatric zullen nog adviezen volgen.

De GDS en de HADS-A worden ook genoemd als meetinstrumenten in de addenda ouderen van de richtlijnen voor depressie en angststoornissen. Het is aannemelijk dat deze instrumenten reeds veelvuldig gebruikt worden om het beloop van de behandeling te vervolgen. Ook de MMSE wordt waarschijnlijk in de praktijk veel gebruikt.

Onderzocht zal moeten worden in hoeverre er een correlatie bestaat tussen bovengenoemde meetinstrumenten en de HoNOS65+. Tevens is het van belang om te onderzoeken in hoeverre de HoNOS65+ gevoelig is voor veranderingen in de loop van de behandeling.

Leestips

Landelijke Stuurgroep/Trimbos-Instituut (2008). *Addendum Ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen en Addendum Ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Broersma, T.W., & Sytema, S. (2008). Implementatie van het meetinstrument HoNOS65+. Onderzoek op een afdeling voor ouderenpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 77-82.

Expertgroep Ouderen GGZ Nederland (2011). *Adviesdocument*.

8E. ROM in de forensische psychiatrie: werk voor pioniers

Kris Goethals, psychiater

Hjalmar van Marle, psychiater

Het werkveld van de setting

Als geen andere discipline in de psychiatrie wordt de forensische psychiatrie al sinds ze bestaat afgerekend op haar resultaten. Immers, de kernactiviteiten van de forensische psychiatrie, adviseren binnen een juridisch kader aan de rechtbank en behandelen van delinquenten met een psychische stoornis, zijn beide goed zichtbaar vanwege de verplichte rapportage en de onmiskenbare effecten van een herhalingsdelict op de samenleving. Daarom dienen we naast de bekende domeinen van psychiatrische stoornis en kwaliteit van leven, een cruciale maat toe te voegen aan de ROM, namelijk het risico op delictherhaling. De entree van de ROM moet hier dan ook verwelkomd worden, maar wat weten we van het gebruik ervan in de forensische psychiatrie? Enkele forensisch psychiatrische centra zijn bezig ROM te ontwikkelen, maar de resultaten zijn nog niet overal bekend.

ROM-onderzoek bij forensisch psychiatrische patiënten is vaak moeizaam, vanwege een tweetal methodologische problemen.

- *Selectiebias*. De selectiecriteria voor een (verplichte) forensisch psychiatrische behandeling – intramuraal of ambulante – zijn niet psychiatrisch of gedragskundig. Iemand die voor een bepaalde behandeling wordt geselecteerd, is in feite geïndiceerd door een niet-medische instantie, namelijk de rechtbank of de reclassering, en binnen juridische randvoorwaarden. Vaak ligt er wel een advies van de penitentiaire psychiater van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) aan ten grondslag. Ook is de grootte van de (voorwaardelijke) strafmaat bepalend in welke periode een bepaalde behandeling wel of niet valt te realiseren.
- *Geen standaard*. Er bestaan geen gestandaardiseerde forensisch psychiatrische behandelingen voor patiënten aangezien de aard en ernst van de delicten niet één op één samenhangen met de aard van de psychische aandoening. Evenzeer geldt dit voor de motivatie tot behandeling en de behandelbaarheid van deze patiënten.

Op dit moment bestaat er binnen de forensische psychiatrie nationaal en internationaal nog geen theorie over het verband tussen psychische stoornis en daarmee samenhangend delict (Swanson 2006).

Enkele praktijkervaringen

Bij het ontwikkelen van een nieuwe database in het Universitair Forensisch Centrum (centrum voor ambulante behandeling van seksueel delinquenten) in het Universitair Ziekenhuis te Antwerpen werden meetinstrumenten gekozen voor de klinische praktijk, maar ook voor het afnemen van de ROM. De implementatie hiervan staat nog in de kinderschoenen. Binnen de afdeling forensische psychiatrie van de Geestelijke Gezondheidszorginstelling Westelijk Noord-Brabant (GGZ WNB) worden er al sinds enkele jaren voor- en nametingen bij de meeste patiënten afgenomen. Deze ggz-instelling beschikt intussen over een uitgebreide set aan gegevens.

Welke instrumenten?

Over recent onderzoek naar ROM in de forensische psychiatrie zijn twee Engelse studies bekend. Chambers e.a. (2009) voerden een gestructureerd literatuuronderzoek uit van trials en interventiestudies gepubliceerd tussen 1990 en 2006. Er werden 540 verschillende instrumenten gebruikt om de behandelresultaten te evalueren, waarbij er veel overlap bestond wat betreft de gebruikte items bij de verschillende instrumenten. Opvallend was dat er geen consensus bestond over een gestandaardiseerd instrument om het gevaar van recidive te meten. Voor de meeste instrumenten gold dat er slechts weinig bekend was over de meeteigenschappen, waardoor het gebruik in forensisch-psychiatrisch onderzoek niet is gerechtvaardigd. Tenslotte vonden Chambers e.a. (2009) slechts één voorbeeld (Belfrage & Douglas 2002) van het gebruik van een risicotaxatie-instrument – de HCR-20 (Webster e.a. 1997) – als uitkomstmeting in trials. Onlangs publiceerden Yiend e.a. (2011) ook een evaluatie over de ROM binnen de forensische psychiatrie. Slechts drie instrumenten werden door een panel als bruikbaar, relevant en psychometrisch goed bevonden voor het meten van psychiatrische symptomen: de *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck e.a. 1961), de *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS; Overall & Gorham 1962) en de *Symptom Checklist* (SCL-90). Ook over de Nederlandse vertaling en hun psychometrische eigenschappen van deze laatste drie instrumenten is gepubliceerd (Bouman e.a. 1985; Hafkenscheid 2005; Kloens 2005). Specifieke forensisch psychiatrische maten werden niet genoemd.

In het Nederlandse zorgprogramma 'Langdurige forensisch psychiatrische zorg Versie 1' (EFP 2009) worden vier risicotaxatie-instrumenten als standaard genoemd:

- de *Historical Clinical Risk – 20* (HCR-20);
- de *Sexual Violence Risk – 20* (SVR-20);
- de *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R);
- de *Historisch Klinisch Toekomst – 30* (HKT-30).

Het is echter discutabel om deze als ROM-instrumenten te gebruiken omdat ze gevalideerd zijn op het voorspellen van recidiverisico op de lange termijn en omdat er niet allemaal veranderbare risicofactoren in zitten (Douglas e.a. 2009). Dit geldt vooral voor de PCL-R: dit is in feite ook geen risicotaxatie-instrument, maar meer een diagnostisch instrument en de risicofactoren zijn moeilijk op korte termijn te veranderen. De totaalscore van deze instrumenten is dus te grof en te weinig dynamisch voor een herhaalde meting, bijvoorbeeld elk half jaar. Wel kunnen veranderbare risicofactoren uit deze checklists gehaald worden en apart worden gemeten als maat voor behandelingsvoortgang. Hun sensitiviteit voor veranderingen en het bepalen van het moment waarop een behandeling is geslaagd, is echter niet bekend. Verder zijn de SVR-20 en de HKT-30 bewerkingen van de HCR-20, zodat gezamenlijke toepassing niet voor de hand ligt. Ook laat de predictieve validiteit van deze instrumenten te wensen over (Harte & Breukink 2010). De behandelingsgerichte factoren die de behandelaars het meest gebruiken, zijn op hun beurt weinig voorspellend voor recidive (Philipse 2005). De dynamische risicofactoren en de klinische veranderingen bij de behandeling worden nog eens sterk beïnvloed door de forensisch psychiatrische setting, waardoor het moeilijk is het effect van de eigenlijke behandeling te meten.

Samenvattend geven we het volgend advies. Concreet moeten de ROM-instrumenten in de forensische psychiatrie gaan over drie grote domeinen: psychiatrische problemen, kwaliteit van leven en delictgevaarlijkheid (Chambers e.a. 2009; Yiend e.a. 2011). Het eerste domein, de graad van psychiatrische problemen, kunnen we onderverdelen in: algemeen functioneren, persoonlijkheidstrekken en -stoornissen, middelenmisbruik, agressieproblematiek, conflicthantering en seksuele problematiek en seksuele fantasieën (indien van toepassing). Het tweede domein is de kwaliteit van leven. Voor de keuze van dit instrument kan men aansluiting vinden bij de reguliere volwassenenpsychiatrie. Voor het derde domein kan men een combinatie gebruiken van risicotaxatie-instrumenten (bijvoorbeeld HCR-20 en SVR-20) en zelfrapportagelijsten (bijvoorbeeld de *Self-Reported Delinquency Scale* (SRDS)).

Wie neemt de instrumenten bij voorkeur af?

In verband met de complexiteit van de forensische psychiatrie (veel comorbiditeit, problemen in veel levensgebieden, inschatting van de delictgevaarlijkheid) is het raadzaam om het extra werk die het meten met zich meebrengt niet alleen de verantwoordelijkheid van de behandelaar te laten zijn. Hierbij denken we aan het inzetten van een psycholoog-onderzoeker die het merendeel van de instrumenten kan afnemen en ook een coördinerende rol kan hebben bij het herhalen van de metingen.

Welke meetmomenten?

Zoals gezegd, dienen de metingen in de forensische psychiatrie herhaald te worden. Hierbij is een voormeting (de zogenaamde nulmeting) erg belangrijk. Verder dient men op zijn minst jaarlijks metingen te verrichten. Deze meetmomenten dient men bij voorkeur te plannen korte tijd voor een behandelplanbespreking.

Effectieve feedback

De meest effectieve feedback zal men verkrijgen door de resultaten van de metingen te koppelen aan de klinische voortgangsevaluatie van de patiënt. Gezien het pionierende karakter van de ROM in de forensische psychiatrie zal de klinische praktijk hierbij leidend zijn. Concreet betekent dit dat in dit stadium van de ROM geen fundamenteel andere behandelkoers gevaren zal worden, louter op basis van de resultaten van de meetinstrumenten. Wij zien ook een meerwaarde in het bespreken van de uitkomsten van de ROM met de patiënt (door de behandelaar).

Aanbevelingen voor de doorontwikkeling van de ROM

Omdat gedragsdimensies zoals vijandigheid en impulsiviteit erg belangrijk zijn in de forensische psychiatrie is het raadzaam om persoonlijkheidstrekken en stoornissen op een dimensionele manier te gaan meten. Hierdoor kan de voortgang (of stagnatie) van een patiënt veel beter in kaart worden gebracht. De classificatie van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV-TR heeft teveel beperkingen in de forensische psychiatrie. Verder is het meten van seksuele fantasieën geen sinecure bij seksueel delinquenten. Ervaringen in binnen- en buitenland kunnen ons helpen om gepaste meetinstrumenten voor fantasieën te kiezen c.q. te ontwikkelen.

Conclusie

Uit bovenstaande blijkt dat er in Nederland, België en internationaal weinig ervaring is met de ROM in de forensische psychiatrie, zodat de introductie ervan pionierswerk is. De ROM-instrumenten in de forensische psychiatrie gaan over drie grote domeinen: psychiatrische stoornissen, kwaliteit van leven en delictgevaarlijkheid. Voor de forensische psychiatrie achten wij het noodzakelijk dat verschillende forensische instituten de handen ineen zullen slaan voor de ontwikkeling van de ROM.

Leestips

Beurs, E. de, & Barendregt, M. (2008). *Mogelijkheden voor therapie-effectonderzoek in de TBS-sector: komen tot een evidence base onder zorgprogramma's*. Utrecht: NIFP.

Chambers, J.C., Yiend, J., Barrett, B., Burns, T., Doll, H., Fazel, S., e.a. (2009). Outcome measures used in forensic mental health research: a structured review. *Criminal Behavior and Mental Health*, 19, 9-27.

Yiend, J., Chambers, J.C., Burns, T., Doll, H., Fazel, S., Kaur, A., e.a. (2011). Outcome measurement in forensic mental health research: an evaluation. *Psychology Crime and Law*, 17, 277-292.

8F. ROM bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen

Niels Mulder, psychiater

Het werkveld van de setting

Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) betreffen patiënten die langdurig (vaak meer dan twee jaar) matig tot slecht functioneren en die daarnaast ernstige en complexe problemen hebben op verschillende andere domeinen van hun leven (Ruggeri e.a. 2000; Slooff e.a. 2008; Veldhuizen e.a. 2008). De patiënten hebben veelal psychotische stoornissen, ernstige bipolaire stoornissen en andere ernstige as I- en as II-stoornissen. Inmiddels bestaat er landelijk een zekere consensus over de instrumenten die worden afgenomen voor ROM bij patiënten met EPA. Deze consensus staat beschreven in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* (Mulder e.a. 2010). Er zijn aanwijzingen dat gebruik van ROM-instrumenten en het bespreken van de resultaten met patiënten met EPA tot betere behandelresultaten leidt (van Os e.a. 2008; Priebe e.a. 2007). De psychiater kan deze ROM-instrumenten zelf afnemen, maar in veel gevallen zal dit gebeuren door andere disciplines, bijvoorbeeld verpleegkundigen. De psychiater dient in staat te zijn de uitkomsten te interpreteren en te gebruiken voor het evalueren en bijstellen van de behandeling.

ROM bij patiënten met EPA bestrijkt diverse domeinen

Interventies voor patiënten met EPA, bijvoorbeeld uitgevoerd door ACT- of FACT-teams (Mulder & Kroon 2005; Veldhuizen e.a. 2008), richten zich niet alleen op het verbeteren van de psychiatrische symptomen, de verslaving en de somatische problemen, maar ook op het verbeteren van het algemeen functioneren en het vervullen van zorgbehoeften op andere levensgebieden en het verhogen van de (subjectieve) kwaliteit van leven. Denk aan patiënten met psychotische stoornissen met veel cognitieve problemen, die dakloos zijn en ook veel somatische problemen hebben. De zorg richt zich dan niet alleen op de behandeling van de psychose, maar ook op de diagnostiek en behandeling van de somatische problemen en het bieden van hulp bij dagelijkse problemen zoals het vinden van huisvesting en het invullen van formulieren.

Welke instrumenten?

Sommige van de door ons voorgestelde instrumenten meten meerdere domeinen tegelijk, zoals de *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS; Wing e.a. 1998; Mulder e.a. 2004) voor het meten van het psychosociaal functioneren, of de *Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule* (CANSAS; Slade e.a. 1999) voor het meten van zorgbehoeften op diverse domeinen (Drukker e.a. 2008). Andere instrumenten meten slechts één domein, bijvoorbeeld psychiatrische symptomen zoals gemeten met de *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS; Overall & Gorham 1962) of de *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS; Kay e.a. 1987).

Voor ROM bij patiënten met EPA onderscheiden we de volgende domeinen (zie tabel 1): psychiatrische symptomen, verslaving, somatische problemen, algemeen functioneren, zorgbehoeften, kwaliteit van leven, en de tevredenheid met zorg. Per domein worden de geschikte instrumenten aangegeven.

Tabel 1. De domeinen voor ROM bij patiënten met EPA

Psychiatrische symptomen (inclusief symptomatische remissie)	HoNOS / PANSS / BPRS
Verslaving	HoNOS / CANSAS / CANSAS-P
Somatiek	HoNOS / CANSAS / lichamelijk en laboratoriumonderzoek
Algemeen functioneren	HoNOS / CANSAS / CANSAS-P
Zorgbehoeften	CANSAS / CANSAS-P
Kwaliteit van leven	(verkorte) MANSA / L-QoL
Tevredenheid met zorg	1 item, CSQ of L-QoL

Psychiatrische symptomen

Voor het meten van de ernst van de psychiatrische symptomen maken we gebruik van drie items van de HoNOS. Wanneer men meer gedetailleerd de psychiatrische symptomen wil meten, kan men de BPRS of de PANSS gebruiken. Gezien het belang van het bereiken van symptomatische remissie voor de groep patiënten met psychotische stoornissen stellen we voor om in iedere geval die items van de BPRS of de PANSS in de ROM mee te nemen die noodzakelijk zijn voor het vaststellen van symptomatische remissie (Andreasen e.a. 2005; van Os e.a. 2006). Het meten van de ernst van de symptomen geldt tevens als een prestatie-indicator.

Verslaving

Dit kan gemeten worden door middel van de HoNOS en/of door middel van de CANSAS of de CANSAS-P. Dit laatste instrument betreft een versie van de CANSAS die door patiënten zelf wordt ingevuld (Trauer e.a. 2008).

Somatische problemen

Ook hiervoor kunnen de HoNOS, de CANSAS, of de CANSAS-P gebruikt worden. Registratie gebeurt op basis van aan/afwezigheid van somatische problemen die aandacht behoeven. Een groot aantal patiënten met EPA gebruikt antipsychotica en/of stemmingsstabilisatoren, waarvoor een jaarlijks gestandaardiseerd lichamelijk en laboratoriumonderzoek nodig is (Cahn e.a. 2008; Slooff e.a. 2008). Het verdient de voorkeur om een dergelijke somatische screening gelijktijdig met het afnemen van de overige ROM-instrumenten te verrichten.

Algemeen functioneren

Dit kan men meten met de HoNOS en/of CANSAS of de CANSAS-P. Het meten van functioneren geldt als een prestatie-indicator. Indien er gedurende een bepaalde periode (bijvoorbeeld 1 jaar) sprake is van zowel symptomatische als functionele remissie, kan men spreken van klinisch herstel. Dit is een belangrijke uitkomstmaat (Wunderink e.a. 2009).

Zorgbehoeften

Deze kan men meten met de CANSAS of de CANSAS-P. De CANSAS-P zou de voorkeur kunnen hebben, omdat de patiënt in principe het beste zelf in staat is om zijn of haar zorgbehoeften aan te geven. In de praktijk

echter is het niet altijd mogelijk om met een zelfinvulvragenlijst te werken, bijvoorbeeld wanneer een patiënt geen behoefte heeft aan zorg en in aanmerking komt voor bemoeizorg, of door cognitieve beperkingen en/of psychotische symptomen.

Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven is een subjectieve maat en betreft het oordeel van de patiënt zelf. De meest gebruikte lijsten om kwaliteit van leven te meten zijn de verkorte *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (verkorte MANSAs, 7 items; van Os e.a. 2001) of de onverkorte MANSAs (16 items; Priebe e.a. 1999). Beide versies van de MANSAs zijn gebaseerd op de veel uitgebreidere *Lancaster Quality of Life Scale* (Nieuwenhuizen e.a. 1998). De totaalscores op deze lijsten zijn sterk gecorreleerd (Priebe e.a. 1999; van Os e.a. 2001) en het lijkt dus goed mogelijk om de verkorte MANSAs te gebruiken voor ROM. Kwaliteit van leven geldt als een prestatie-indicator.

Tevredenheid met zorg

Deze is met één item te meten, analoog aan de items van de verkorte MANSAs (Drukker e.a. nog niet gepubliceerde gegevens; Van Os e.a. 2001), maar natuurlijk zijn er ook de 'thermometer' van GGZ Nederland en de opvolger daarvan, de *CQ index* (in ontwikkeling). Deze laatste instrumenten zijn niet eenvoudig af te nemen bij patiënten met EPA aangezien die een sterk beroep doen op ziekte-inzicht en aandacht en concentratie.

Wie neemt instrumenten af?

De hulpverlener kan zelf de ROM-EPA-instrumenten afnemen of dit kan gebeuren door een onafhankelijk beoordelaar, bijvoorbeeld door een research-verpleegkundige. Wanneer de behandelaar de instrumenten afneemt, kan hij dit bijvoorbeeld doen vlak voor de evaluatie van het behandelplan. De behandelaar kent de patiënt en zal met betrekkelijk weinig extra moeite de ROM-EPA-instrumenten kunnen afnemen. Dit heeft als voordeel dat de kans groter is dat de scores ook daadwerkelijk bij de behandeling gebruikt worden.

Een nadeel kan zijn dat de behandelaars hier niet altijd de tijd voor nemen. Dit vergt continue aandacht en controle. Alle behandelaars moeten geschoold worden in het gebruik van de instrumenten en deze scholing moet herhaald worden om de betrouwbaarheid van de scores op peil te houden. Een ander nadeel van het afnemen van de instrumenten door de eigen behandelaar is dat de 'slager zijn eigen vlees keurt'. De betrouwbaarheid staat onder druk wanneer er voor de behandelaar gevolgen dreigen indien de scores slechte resultaten laat zien.

Wanneer men gebruik maakt van onafhankelijke beoordelaars heeft men geen last van dit probleem en is het eenvoudiger om de volledigheid en de betrouwbaarheid van de scores te bewaken. De onafhankelijke beoordelaars dienen dan wel echt onafhankelijk te zijn, en niet door het management van de instelling te worden afgerekend vanwege tegenvallende resultaten. Een nadeel van het werken met onafhankelijke beoordelaars kan wel zijn dat de behandelaars de scores minder bij de behandeling gebruiken, omdat ze deze niet zelf hebben verzameld en hierdoor mogelijk minder vertrouwd zijn met het interpreteren ervan. Andere bezwaren die mogelijk kunnen ontstaan zijn dat de scores vertekend kunnen zijn omdat men de patiënt niet echt kent en dat deze procedure over het algemeen duurder is dan wanneer een onafhankelijk beoordelaar

wordt ingeschakeld. Het hangt af van de voorkeur en de ervaringen met ROM-EPA binnen een instelling waaraan men de voorkeur wil geven.

Welke meetmomenten?

De minimale frequentie voor het afnemen van de ROM is één keer per jaar, maar dit kan vaker gebeuren, bijvoorbeeld wanneer een patiënt wordt opgenomen.

Gebruik van de ROM-EPA-gegevens

We gebruiken de ROM-EPA-gegevens op meerdere niveaus. Op het niveau van de individuele patiënt zijn de analyses relatief eenvoudig. Het gaat om het berekenen van verschijscores ten opzichte van eerdere metingen, zodat we de veranderingen in de toestand van de patiënt kunnen zien. De gebruikelijke ROM-softwareprogramma's kunnen dit. Ingewikkelder wordt het wanneer we de scores van groepen patiënten willen vergelijken, bijvoorbeeld op het niveau van zorgprogramma's, afdelingen of instellingen. Om dit zinvol te kunnen doen, moeten we behalve de ROM-EPA-gegevens ook de beschikking hebben over sociaal-demografische en diagnostische (DBC)-gegevens van patiënten. Het maakt bijvoorbeeld veel uit of de patiëntengroepen verschillen in geslacht, leeftijd, etniciteit, diagnose of comorbiditeit. Daarnaast moeten we weten op welke tijdsperiode de gegevens betrekking hebben en wat de intensiteit en de inhoud van de behandeling zijn. Ook is het van belang om te weten over welk gedeelte van de patiëntenpopulatie daadwerkelijk ROM-EPA-gegevens beschikbaar zijn en hoe het met de uitvallers is gesteld. Zonder deze achtergrondgegevens zijn de resultaten van de analyses van de ROM-EPA-gegevens niet te interpreteren.

Conclusie

ROM bij patiënten met EPA bestrijkt meerdere domeinen en er bestaat enige consensus over de bijbehorende instrumenten. In de toekomst streven we ernaar om tot keuzes te komen voor bepaalde ROM instrumenten bij patiënten met EPA. We adviseren om de ROM minimaal één keer per jaar te doen. Voor het interpreteren van geaggregeerde ROM gegevens is het van belang om over voldoende informatie te beschikken over gegevens voor subgroepanalyse (casemix), en de aard en de duur van de behandeling.

Leestips

Mulder, C.L., van der Gaag, M., Bruggeman, R., Cahn, W., Delespaul, P.A.E., Dries, P., e.a. (2010).

Routinematige uitkomstmeting voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Een consensusdocument. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 169-179.

Os, J. van, & Triffaux, J.M. (2008). Evidence that the Two-Way communication checklist identifies patient-doctor needs discordance resulting in better 6-month outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 118, 322-326.

Priebe, S., McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., e.a. (2007). Structured patient-clinician communication and 1-year outcome in community mental health care. Cluster randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 191, 420-426.

8G. ROM bij de behandeling van angst- en stemmingsstoornissen

Victor Buwalda, psychiater

Setting van het werkveld

In dit hoofdstuk wordt ROM beschreven voor de groep van de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen in de ambulante praktijk: patiënten met angst- en stemmingsstoornissen. ROM wordt bij deze aandoeningen al vaak gebruikt.

Welke instrumenten?

Bij ROM wordt gebruikgemaakt van beoordelingsmeetinstrumenten en zelfrapportage-instrumenten. De laatste categorie wordt bij de ambulante patiënten met angst- en stemmingsstoornissen het meest gebruikt. De patiënten zijn meestal goed in staat – mits ze voldoende kennis hebben van de Nederlandse taal – deze zelfrapportagelijsten in te vullen.

Generieke meetinstrumenten

De meetinstrumenten die momenteel veelvuldig worden toegepast zijn de meer generieke meetinstrumenten, zoals de SCL-90 en BSI (ernst van de klachten) en OQ-45 (ernst van de klachten en sociaal en maatschappelijk functioneren). Ze hebben voldoende tot goede psychometrische eigenschappen en zijn in staat om veranderingen in de ernst van de problematiek in de tijd zichtbaar te maken. Ook zijn er beoordelingslijsten voorhanden. Deze zijn echter nog onvoldoende onderzocht om zonder meer te worden gebruikt. Voor een beschrijving van de generieke zelfrapportage-instrumenten verwijzen we naar Buwalda e.a. (2011).

Specifieke meetinstrumenten

Naast de generieke meetinstrumenten, die bij alle patiënten afgenomen kunnen worden, bestaan er ook specifieke meetinstrumenten. Een volledig overzicht is te vinden in het themanummer van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* over dit onderwerp (2004). De *Multidisciplinaire Richtlijn Depressie, eerste revisie* (NVvP 2009a) beschrijft een aantal meetinstrumenten die gebruikt kunnen worden voor het in kaart brengen van de ernst van de ernst van de depressieve episode. Voor de beoordelingsschalen of wel interview- en observatieschalen worden de *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS), de *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS), de *Bech Rafaelsen Melancholia Rating Scale* (BMRS) en de *Inventory for Depressive Symptomatology* (IDS-C) genoemd. Voor zelfinvulvragenlijsten kan gekozen worden uit: de *Self-Rating Depression Scale* (SDS) van Zung, de *Beck Depression Inventory* (BDI) en de *Inventory for Depressive Symptomatology* (IDS-SR). Voor andere stoornissen zoals de angststoornissen zijn ook specifieke meetinstrumenten beschikbaar, zie de *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen* van de NVvP (2009b).

Wie neemt instrumenten af?

Bij de angst- en stemmingsstoornissen kan de patiënt zelf de (genoemde) meetinstrumenten goed in vullen achter de computer, mits deze de Nederlandse taal voldoende beheerst. De meetinstrumenten kunnen op locatie worden ingevuld of thuis via het internet. Toch kan het voorkomen dat een patiënt te ziek is en onvoldoende in staat is de meetinstrumenten in te vullen vanwege bijvoorbeeld een gebrek aan concentratie.

Er zijn dan twee mogelijkheden. De behandelaar kiest er zelf voor een beoordelingslijst in te vullen of de organisatie waar de behandelaar in dienst is draagt zorg voor ondersteuning van het proces door het inschakelen van een onafhankelijke professional die opgeleid is in het afnemen van meetinstrumenten. Dit laatste model waarin een onderzoeksverpleegkundige de patiënt begeleid is ontwikkeld in Leiden (de Beurs & Zitman 2007). Het is aan de behandelaar en de organisatie waar de behandelaar werkt om te bepalen wat de beste werkwijze is. Het voordeel van het invullen van een beoordelingsinstrument door de behandelaar is dat deze meer betrokken is bij het terugkoppelen van gegevens van de behandeling aan de patiënt en op die manier ROM meer geïntegreerd heeft in het dagelijkse werk. Tevens zijn er op deze manier altijd resultaten van behandeling beschikbaar, ook wanneer de patiënt te ziek is een meetinstrument in te vullen. De Leidse methode heeft als voordeel dat de behandelaar wordt voorzien van resultaten van behandeling, echter is niet duidelijk of de behandelaar deze informatie ook daadwerkelijk gebruikt (Fennema e.a. 2006).

Welke meetmomenten en effectieve feedback?

Er zijn drie gangbare vormen van ROM van de behandelvoortgang in de ambulante zorg:

- periodiek meten volgens een vaste structuur (bijvoorbeeld eens in de drie maanden);
- meten bij belangrijke beslismomenten in de behandeling (bijvoorbeeld bij behandelbeoordeling);
- continu meten; dit wordt ook wel *outcome tracking of routine process monitoring* genoemd (zie hoofdstuk 6).

Wanneer een patiënt een ambulante behandeling ondergaat, is het aan te raden om tijdens de intake een eerste meting te verrichten. Hierdoor is de ernst van klachten meteen vastgelegd en zichtbaar. In de praktijk kan het voorkomen dat er een behoorlijke periode zit tussen de intake en het begin van de daadwerkelijke behandeling. Op deze manier kan men kijken wat het effect is van deze wachttijd.

Periodiek meten

Volgens een regelmatig schema afnemen van de meetinstrumenten geeft duidelijkheid wanneer de metingen moeten plaatsvinden. Het is logistiek het meest eenvoudig te organiseren en voor alle disciplines in de zorgorganisatie het meest duidelijk. Buwalda e.a. (2011) zagen dat vooral in de eerste 4,5 maand van de behandelingen het meeste effect van de interventie wordt gezien.

Metten bij beslismomenten

De psychiater die antidepressiva voorschrijft weet dat zes weken na de start van de medicamenteuze behandeling het maximale effect van het medicament te verwachten is (NVvP 2009a; b). Op basis van het verhaal van de patiënt en de grafische weergave van de resultaten van de opeenvolgende metingen die gedaan zijn op van te voren bepaalde momenten (bijv. 6 weken na start antidepressiva) kan de behandelaar zien of er sprake is van een remissie, partiële remissie of geen verandering ten opzichte van de eerste meting. Met deze gegevens kan de psychiater de behandeling bijsturen door middel van de continuering van de medicatie (patiënt reageert positief op de interventie), het ophogen van de medicatie (patiënt reageert gedeeltelijk op de medicatie) of het switchen van medicatie (de patiënt reageert niet op de medicatie). Op deze manier kunnen de metingen worden gebruikt om de behandeling bij te sturen. Ook bij cognitieve gedragstherapie (CGT) kan met regelmaat het effect gemeten worden om het beloop van de behandeling zichtbaar te maken. Volgens de

richtlijnen kan men na drie maanden effect verwachten van CGT (NVvP 2009a; b). Bij het afsluiten van de behandeling en daarmee de DBC kan een eindmeting worden verricht om het resultaat definitief vast te leggen.

Continu meten

Tracking is een meetmethode waarbij men tijdens elke behandelsessie meet hoe de patiënt functioneert. Deze intensieve vorm van ROM geeft de behandelaar de mogelijkheid de patiënt op de voet te volgen en een volledig beeld van de behandeling en de vorderingen daarin te krijgen. De behandelaar kan met deze methode sneller bijsturen als resultaat uitblijft (zie hoofdstuk 6).

Aanbevelingen voor het werken met ROM

ROM geeft de behandelaar de mogelijkheid snel bij te sturen in de behandeling. Het gebruik van ROM is een hulpmiddel ter ondersteuning van de klinische blik van de behandelaar en kan deze niet vervangen. Het gebruik van ROM vraagt een aanpassing van de werkhouding en de organisatie van het werk van de psychiater. Voor de vrijgevestigde psychiater is een eenvoudig model met één of twee frequent gebruikte meetinstrumenten te adviseren (zie hoofdstuk 8A). ROM brengt kosten met zich mee voor zowel het gebruik en onderhoud van de softwareapplicatie als het gebruik van de meetinstrumenten. Voor de psychiater die in een ggz-instelling werkt, is het aan te bevelen om zitting te nemen in een projectgroep die de ROM implementeert. Training van alle professionals in ROM is belangrijk om de kwaliteit van de ROM te waarborgen. Follow-up trainingen zijn nodig om het gebruik van meetinstrumenten actueel te houden en de kennis over ROM en de kwaliteit van het afnemen op peil te houden (Sharma e.a. 1999).

Verdere ontwikkelingen van ROM en conclusie

Onderzoek naar de effecten van ROM ter attentie van het daadwerkelijk verbeteren van de kwaliteit van de behandeling is hard nodig. Hierover is nog onvoldoende bekend. Daarnaast is het van belang om tot (nog) meer consensus te komen over de te gebruiken instrumenten, wijze van afnemen, ICT-ondersteuning, en vormen van feedback. Er moet voor gezorgd worden dat de ROM-gegevens door verzekeraars op een goede manier worden gebruikt en voorkomen en dat de focus bij ROM te veel ligt op het verplicht aanleveren van gegevens. Dit is zonde, aangezien ROM een bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van behandeling.

Leestips

Buwalda, V.J.A., Nugter, M.A., Swinkels, J.A., & Mulder, C.L., red. *Praktijkboek ROM in de ggz. Een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten*. (pp. 103-120). Utrecht: De Tijdstroom.

Themanummer van het *Tijdschrift voor Psychiatrie*. Meetinstrumenten in de psychiatrie. 2004, 46; 643-720;

Themanummer van het *Tijdschrift voor Psychiatrie*. Over meten en weten. 2012, 54; 107-201.

8H. ROM in de verslavingszorg

Gerard. Schippers, psycholoog-psychotherapeut

Suzan Oudejans, psycholoog-onderzoeker

Wim van den Brink, psychiater

Werkveld van de setting

De doelgroep van de verslavingszorg betreft mensen met een aan een middel gebonden stoornis. Dat wil zeggen cliënten in de ambulante, semimurale en intramurale verslavingszorg en in de forensische zorg. Het merendeel van deze zorg wordt geleverd door elf grote regionale verslavingszorginstellingen, waarvan er vier onderdeel zijn van een ggz-instelling. Deze instellingen werken al ruim tien jaar samen in het kwaliteitsproject 'Resultaten Scoren'. Er zijn in dat kader meerdere ROM-projecten uitgevoerd. Het Nijmegen Institute for Science-Practitioners in Addiction (NISPA) leidde er een aantal in klinische behandelingen, zoals bij voorzieningen voor patiënten met een dubbele diagnose (De Weert e.a. 2007) en bij intramurale motivatiecentra (IMC's; Verbrugge e.a. 2005). Het Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR) voerde het project Benchmark Leefstijltraining Verslavingszorg (BLV) uit, waarbij in drie grote verslavingszorginstellingen op vier locaties de uitkomsten van ambulante geprotocolleerde cognitieve gedragstherapieën (de zogenaamde leefstijltrainingen) gemeten, vergeleken en gerapporteerd worden (Oudejans e.a. 2012). De ervaringen in deze projecten met verzamelen, interpreteren en terugkoppelen van uitkomsten van routinematig uitgevoerde zorg zijn ingebracht in de expertgroep ROM Verslavingszorg van GGZ Nederland die in 2009 is geformeerd en waar alle instellingen een inbreng hebben.

Uitkomst-indicatoren

Afgeleid van de basisset prestatie-indicatoren worden als resultaten van zorg in de ROM verslavingszorg de volgende domeinen gemeten:

- ernst van de problematiek (gebruik van psychoactieve middelen, gokken en psychiatrische symptomen);
- algemeen (dagelijks) functioneren;
- door cliënt ervaren kwaliteit van leven.

Welke instrumenten?

De werkgroep heeft instrumenten aanbevolen, deze zijn vermeld in het volgende schema.

Ernst problematiek		Dagelijks functioneren	Kwaliteit van leven
Middelengebruik	Symptomatologie		
ASI/EuropASI (sectie 3) of MATE (module 1)	MATE (module 2) DASS-21/MATE (module 10) of SCL-90 of BSI of OQ-45	MATE-ICN (module 7 & 8, 19 items) of EuropASI (6 domeinen, last en hulpbehoefte) of HoNOS (sociale problemen, 4 items) of GAF (1 item)	EQ-5D of (verkorte) MANSA

Hierna worden de instrumenten kort toegelicht.

De MATE

In de periode 2005-2010 is door het merendeel van de instellingen als intake- en uitkomstinstrument de MATE geïmplementeerd (Versie 2.1; Schippers e.a. 2011). De MATE is in Nederland ontwikkeld als een eigentijds instrument. Het blijkt conceptueel en empirisch voldoende onderbouwd en de terminologie en metingen kunnen goed geïntegreerd worden met die uit de algemene en geestelijke gezondheidszorg (Schippers e.a. 2010). De MATE is modulair en bestaat grotendeels uit internationaal en ook nationaal onderzochte en gevalideerde deel-instrumenten (o.a. de CIDI-interviewdiagnose voor afhankelijkheid en misbruik overeenkomstig met de DSM-IV, de aangepaste OCDS voor craving en de *Motivation for Treatment* voor motivatie voor behandeling). Het onderdeel MATE-ICN (gebaseerd op de WHO-ICF) meet het algemeen functioneren en de zorgbehoeften op 19 domeinen en omvat de modules 'activiteiten en participatie' en 'externe factoren' die daarop van invloed zijn. De MATE-ICN is nieuw en beperkt zich niet tot verslaafden, maar is ook goed toepasbaar bij andere psychiatrische doelgroepen. Uitkomsten van behandeling en zorg worden vastgesteld met de MATE-Uitkomsten (Schippers & Broekman 2011a). De MATE is grotendeels een beoordelingsinstrument en toepassing vereist training. Afnames van de volledige MATE vergt circa één uur, van de MATE-Uitkomsten 20-30 minuten. Er zijn inmiddels ook zelfinvulvragenlijstversies beschikbaar: de MATE-Q en MATE-Uitkomsten-Q (Schippers & Broekman 2011b) en recent is een eerste versie van de MATE-Y (voor jeugdigen) verschenen.

ASI

De Nederlandse vertaling van de Europese versie van de *Addiction Severity Index* (EuropASI; Kokkevi & Hartgers 1995), die nog door een enkele verslavingsinstelling wordt gebruikt, is een al langer bestaand, oorspronkelijk Amerikaans instrument dat zeven probleemgebieden inventariseert, waaronder het middelengebruik. De (Europ)ASI is een breed onderzocht instrument. Het is een semigestructureerd interview dat geen DSM- of ICD-diagnose biedt. Toepassing en gebruik van het interview vereist training. De afnameduur is circa 45 minuten.

De MATE en de EuropASI meten het middelengebruik (inclusief gokken) en het algemeen functioneren. Voor het meten van psychiatrische symptomen anders dan middelengebruik kan gebruik worden gemaakt van de DASS-21, beschikbaar als module 10 van de MATE. Deze meet (verandering in) de ernst van de psychische problematiek en is vergelijkbaar met de SCL-90 of BSI. De OQ-45 doet dat ook (naast items voor functioneren). Al deze meetinstrumenten zijn zelfrapportagelijsten met goede psychometrische eigenschappen. Ze zijn echter niet licentievrij; alle MATE-materialen zijn dat wel.

HoNOS

De HoNOS richt zich op de geestelijke gezondheid en het algemeen functioneren. De HoNOS is een observatieschaal. Het functioneren wordt vastgesteld met vier items gericht op brede domeinen. De afnameduur is 5-15 minuten. Training is tevens benodigd om de HoNOS toe te passen. Ook in Nederland hebben diverse onderzoeken naar betrouwbaarheid en validiteit plaatsgevonden.

GAF

Een nog algemenere maat voor het functioneren (één item) is de GAF, onderdeel van de DSM-IV, waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid. De betrouwbaarheid en validiteit van het instrument GAF staan ter discussie.

De EuroQoL-5D (EQ-5D) en de MANSA

Op het gebied van kwaliteit van leven sluit de werkgroep aan bij meetinstrumenten die ook bij andere doelgroepen veelvuldig gebruikt worden. De EuroQoL-5D (EQ-5D) is specifiek en met gunstige resultaten onderzocht bij verslaafden. De MANSA is ontwikkeld als een gecompriemd en beperkt aangepast instrument om kwaliteit van leven te meten. De psychometrische eigenschappen worden als voldoende beoordeeld. De MANSA is echter nog niet voor het Nederlandse taalgebied gevalideerd.

Wie neemt instrumenten af?

De afgelopen jaren hebben alle grote instellingen voor verslavingszorg afname van een semigestructureerd instrument onderdeel gemaakt van de intake ten behoeve van triage en behandelplanning. Daarmee heeft de sector ook een beginmeting voor de ROM gezekerd. Afname kan plaatsvinden door goed getrainde basispsychologen, psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Een uitkomstenmeting door behandelaren blijkt moeizaam te implementeren, met response-percentages niet hoger dan 20%. Een mogelijke oplossing is gelegen in het inschakelen van een callcenter. In het genoemde project BLV, dat reeds zeven jaar functioneert, lukt het vier verslavingszorginstellingen om van circa 50% van de cliënten nameting-gegevens te verzamelen. Inmiddels maken ook enkele andere grote verslavingszorginstellingen gebruik van een callcenter.

Welke meetmomenten?

De expertgroep beveelt aan om qua instrumentkeuze geen onderscheid te maken in korte en lange DBC's, omdat kort en lang (beter: 'care' en 'cure') niet altijd scherp te onderscheiden zijn. Bij alle DBC's kunnen dezelfde uitkomstgegevens verzameld worden. Het vaststellen van middelengebruik, de psychische toestand, het algemeen functioneren en de kwaliteit van leven maakt het mogelijk de uitkomsten van op behandeling van het middelengebruik (cure) vergelijkbaar te plaatsen naast die van meer op functioneren (care) gerichte zorg.

De adviesgroep beveelt aan de metingen te koppelen aan het openen en sluiten van de DBC's. Aangezien de beginmeting veelal onderdeel is van de intake, dient het openen van de DBC daarbinnen te gebeuren. Bij langdurende zorg dient elke 12 maanden een meting plaats te vinden. Zolang de behandeling nog loopt, betreft dit in feite een tussenmeting. De uitkomsten kunnen leiden tot bijstelling van het zorgproces. De adviesgroep beveelt aan om deze meting plaats te laten vinden omstreeks het moment van het sluiten van de DBC c.q. het openen van de vervolg-DBC. Bij kortdurende zorg adviseert zij om tussenmetingen uit te voeren gekoppeld aan de momenten van behandelbeoordeling.

Effectieve feedback

In de genoemde projecten is ervaring opgedaan met het analyseren van de uitkomstgegevens. Een belangrijke rol spelen daarbij de definities van 'klinisch relevante verbetering'. Eerder is daarvoor een eenvoudige

operationalisatie gemaakt (Spits & Schippers 2008). In de expertgroep vindt hierover nog discussie plaats. Ruime ervaring in het terugkoppelen van gegevens is opgedaan in eerder genoemd project BLV. Management en teams waarderen de halfjaarlijkse bijeenkomsten en gebruiken deze om te reflecteren op het functioneren. Hoewel op den duur teamleiders in staat moeten worden geacht aan de hand van de aangeleverde gegevens zelf terugkoppelingen te verzorgen, blijkt vooralsnog de door externe partijen georganiseerde bijeenkomsten de voorkeur te verdienen. Over de wijze waarop de teams, langzaam maar zeker, leren van de uitkomsten en komen tot gedragsverandering is recent een eerste rapportage verschenen (Oudejans e.a. 2011).

Onderzoek en aanbevelingen

Er is nog relatief weinig onderzoek verricht naar ROM in de verslavingszorg. Oudejans (2009) onderzocht de consequenties van de relatief grote uitval bij uitkomstmeting en constateerde dat de selectieve uitval kan leiden tot vertekende resultaten. Of ROM zal leiden tot 'lerende organisaties' staat nog niet vast (Oudejans e.a. 2011). De relatief geringe variatie tussen instellingen en over de tijd noopt tot voorzichtigheid bij de verwachting dat van ROM een belangrijke prikkel tot verandering in zorggedrag zal uitgaan. Deze is mogelijk meer te verwachten van terugkoppeling over onderling en in de tijd sterker variërende, en wellicht makkelijker te beïnvloeden factoren zoals zorggebruik (wachttijd, drop-out, cliëntkenmerken en dergelijke). Toch adviseren wij om het implementeren van reguliere uitkomstmetingen, al dan niet met de hulp van een telefonische hulpdienst (callcenter), zo spoedig mogelijk te implementeren. Door het gebruik in de dagelijkse praktijk van uitkomstgegevens voor de bijstelling van behandelplannen (care) en voor het opnieuw inzetten van behandeling bij niet succesvolle uitkomsten (cure), wordt het verzamelen van de gegevens een onderdeel van de routine.

Conclusie

Mede dankzij samenwerking in 'Resultaten Scoren' is de verslavingszorg erin geslaagd redelijk soepel een opzet te maken voor het landelijk aanleveren van ROM-gegevens en dit als routine te implementeren. In de uitgevoerde ROM-projecten is ervaring opgedaan met het verzamelen, bewerken en terugkoppelen van gegevens. De sector heeft daarin aangetoond transparant te kunnen zijn in de uitkomsten van belangrijke vormen van hulp die zij biedt.

Leestips

Oudejans, S.C.C., Schippers, G.M., Merckx, M.J., Schramade, M.H., Koeter, M.W.J., & van den Brink, W. (2009). Feasibility and validity of low-budget telephonic follow-up interviews in routine outcome monitoring of substance abuse treatment. *Addiction*, 104, 1138-1146.

Oudejans, S.C.C., Schippers, G.M., Spits, M.E., Stollenga, M., Van den Brink, W. (2012). Vijf jaar 'routine outcome monitoring' in de ambulante verslavingszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 185-190.

Schippers, G.M., & Broekman, T.G. (2011a). *MATE-Uitkomsten 2.1. Handleiding en protocol*. Nijmegen: Bureau Beta. www.mateinfo.eu.

Literatuur (bij hoofdstuk 8 A t/m H)

- Achenbach, T.M., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H.C., e.a. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Child Psychology and Psychiatry*, 49, 251-275.
- Advies aan de NVvP van de commissie ROM van de afdeling ZGP van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 20-3-2011.
- Afdeling Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie. *Visiedocument 2011-2014* (ter perse).
- Andreasen, N.C., Carpenter, W.T., Kane, J.M., e.a. (2005). Remission in Schizophrenia; proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162, 441-449.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Belfrage, H., & Douglas, K.S. (2002). Treatment effects on forensic psychiatric patients measured with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 25-36.
- Beurs, E. de, & Zitman, E.G. (2007). Routine Outcome Monitoring. Het meten van therapie-effect in de klinische praktijk met web-based software. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62, 13-28.
- Boer, D.P., Hart, S.J., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk – 20: Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual Violence*. Vancouver: Institute Against Family Violence; 1997.
- Bouman, T.K., Luteyn, F., Albersnagel, F.A., & van der Ploeg, F.A.E. (1985). Enige ervaringen met de Beck Depression Inventory (BDI). *Gedrag*, 13, 13-24.
- Broersma, T.W., & Sytema, S. (2008). Implementatie van het meetinstrument HoNOS65+. Onderzoek op een afdeling voor ouderenpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 77-82.
- Burns, A., Beevor, A., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M., e.a. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+). *British Journal of Psychiatry*, 174, 424-427.
- Buwalda, V.J.A. (2011). Implementatie van meetinstrumenten in de kortdurende poliklinische behandeling. In: Buwalda, V.J.A., Nugter, M.A., Swinkels, J.A., & Mulder, C.L., red. *Praktijkboek ROM in de ggz. Een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten*. (pp. 103-120). Utrecht: De Tijdstroom.
- Buwalda, V.J.A., Nugter, M.A., Swinkels, J.A., & Mulder, C.L. (2011). *Praktijkboek ROM in de ggz. Een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Cahn, W., Ramlal, D., Bruggeman, R., de Haan, L., Scheepers, F.E., van Soest, M.M., e.a. (2008). Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychotica gebruik. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 579-591.
- Chambers, J.C., Yiend, J., Barrett, B., Burns, T., Doll, H., Fazel, S., e.a. (2009). Outcome measures used in forensic mental health research: a structured review. *Criminal Behavior and Mental Health*, 19, 9-27.
- Clark, L.A. (1993). *Manual for the Schedule of Nonadaptive and Adaptive Personality*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Croon E.M. de, Nieuwenhuijsen, K., Hugenholtz, N.I.R., van Dijk, F.J.H. (2005). Drie vragenlijsten voor diagnostiek van depressie en angststoornissen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*, 13, nr. 4.

- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R Administration, Scoring and Procedures*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Doncker, D. de, Koeck, S., Huys, W., & Winter, J. (2005). *Systeem voor de Classificatie van Extrafamiliale Pedoseksuelen, versie één (SCEP-1)*. Edegem: UZA.
- Douglas, K.S., Guy, L.S., & Hart, S.D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *135*, 679-706.
- Drukker, M., & van Os, J. (2008). Kwantitatieve maten voor geestelijke gezondheid. In: De Hert, M., Broucke, S. van den, Nuffel, R. van, red. *Naar een geestelijk gezonde samenleving*. (pp. 25-40.) Mechelen: Kluwer.
- Elliott, D.S., & Ageton, S. (1980). Reconciling race and class differences in self-reported and official estimates of delinquency. *American Sociological Review*, *45*, 95-110.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 844-854.
- Ernst & Young (2011). Gemiddelde kosten per ziekenhuisopname zijn toegenomen tot € 4.975 ondanks korter verblijf. Persbericht juli 2011. http://www.ey.com/NL/nl/Newsroom/News-releases/PR_Gemiddelde-kosten-per-ziekenhuisopname-zijn-toegenomen_050711
- Expertgroep Verslavingszorg (2011). *ROM Verslavingszorg versie 1.0*. Amersfoort: GGZ-Nederland.
- Fennema, E. van, van der Wee, N., de Beurs, E., Onstein, E., & Zitman, F. (2006). Implementatie van zorgprogramma's. De stand van zaken in de behandelpraktijk. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, *61*, 817-826.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). 'Mini-mental state'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*, 189-198.
- Goedhart, A., Treffers, F., & Widenfelt, B. (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, *58*, 1018-1035.
- Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*, 645-655.
- Gowers, S.G., Harrington, R.C., Whitton, A., Lelliott, P., Wing, J., Beevor, A., e.a. (1999). A Brief Scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children: HoNOSCA. *British Journal of Psychiatry*, *174*, 413-416.
- Hafkenscheid, A. (2005). De Brief Psychiatric Rating Scale. *Praxis*, *7*, 169-174.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Harte, J.M., & Breukink, M.D. (2010). Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschrift voor Criminologie*, *52*, 52-72.
- Hartgers, C. (1996). *De Nederlandse vertaling van de handleiding voor training en afname van EuropASI vraagesprekken* (3de druk). Amsterdam: AIAR.
- Howard, K.I., Moras, K., Brill, P.L., Martinovitch, Z., & Lutz, W. (1996). Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, *51*, 1059-1064.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010). *Kwaliteitsindicatoren 2011, basisset ziekenhuizen*, (pp. 46-52). Utrecht: NVZ, NFU, OMS.

- Kay, S.R., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *13*, 261-276.
- Kloens, G.J. (2005). *Diagnostiek met vragenlijsten in de eerstelijns*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaption of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, *1*, 208-210.
- Landelijke Stuurgroep/Trimbos Instituut (2008). *Addendum Ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke Stuurgroep/Trimbos-Instituut (2008). *Addendum Ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Leentjens, A.F.G. (2007). Zorg in verwardheid: een prestatie-indicator voor delier in het algemeen ziekenhuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *49*, 141-143.
- Leentjens, A.F.G. (2011). Over de inbedding van de ziekenhuispsychiatrie in het ziekenhuis: dreigende eilandvorming? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *53*, 141-144.
- Livesley, W.J., Jackson, D.N., & Schroeder, M.L. (1991). Dimensions of personality pathology. *Canadian Journal of Psychiatry*, *36*, 557-562.
- McLellan, A.T. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *9*, 199-213.
- Mitchell, A.J. (2009). A meta-analysis of the accuracy of the Mini-Mental State Examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *Journal of Psychiatric Research*, *43*, 411-431.
- Mulder, C.L., & Kroon, H., red. (2006). *Assertive Community Treatment*. Wageningen: Cure & Care.
- Mulder, C.L., Staring, A.B.P., & Loos, J. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales in Nederlandse vertaling. Psychometrische kenmerken. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *46*, 273-285.
- Mulder, C.L., van der Gaag, M., Bruggeman, R., Cahn, W., Delespaul, P.A.E., Dries, P., e.a. (2010). Routine outcome monitoring voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen; een consensusdocument. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *52*, 169-179.
- Nelson, C.J., Cho, C., Berk, A.R., Holland, J., & Roth, A.J. (2010). Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients? A systematic evaluation of self-report depression instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. *Journal of Clinical Oncology*, *28*, 348-356.
- Nieuwenhuizen, C. van, Schene, A., Boevink, & Wolf, J. (1998). The Lancashire Quality of Life Profile: first experiences in the Netherlands. *Community Mental Health Journal*, *34*, 513-524.
- NVvP, CBO, NIP, FVGGZ, NHG, NVP. (2009b). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn*. Beschikbaar via: <http://www.ggzrichtlijnen.nl>
- NVvP, CBO, Ti, NIP, LEVV, NHG (2009a). *Depressie (eerste revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn*. Beschikbaar via: <http://www.ggzrichtlijnen.nl>
- Olsen, D.H., Sprenkle, D.H., & Russell, C.R.S. (1979). Circumplex model of marital and familial systems I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, *18*, 3-28.

- Os, J. van, & Triffaux, J.M. (2008). Evidence that the Two-Way communication checklist identifies patient-doctor needs discordance resulting in better 6-month outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 322-326.
- Os, J. van, Burns, T., Cavallaro, R., Leucht, S., Peuskens, J., Helldin, L., e.a. (2006). Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 91-95.
- Os, J. van, Delespaul, P.A.E.G., Radstake, Hilwig, M.M., Bak, M.L.F.J., & Driessen, G.A.M. (2001). Kernparameters ter evaluatie van een zorgprogramma voor psychotische patiënten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 10, 952-966.
- Oudejans, S.C.C., Schippers, G.M., Merckx, M.J., Schramade, M.H., Koeter, M.W.J., & van den Brink, W. (2009). Feasibility and validity of low-budget telephonic follow-up interviews in routine outcome monitoring of substance abuse treatment. *Addiction*, 104, 1138-1146.
- Oudejans, S.C.C., Schippers, G.M., Schramade, M.H., Koeter, M.W.J., & van den Brink, W. (2011). Measuring the learning capacity of organizations: development and factor analysis of the Questionnaire for Learning Organizations. *BMJ Quality and Safety*, doi:10.1136/bmjqs.2010.042556
- Oudejans, S.C.C., Schippers, G.M., Spits, M.E., Stollenga, M., Van den Brink, W. (2012). Vijf jaar 'routine outcome monitoring' in de ambulante verslavingszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 185-190.
- Oudejans, S.C.C., Spits, M., & Schippers, G.M. (2011). Leren van uitkomsten – van taseki naar jiseki. In: van Hees, S., van der Vlist, P., & Mulder, N., red. *Van weten naar meten. ROM in de GGZ*. (pp. 35-43). Amsterdam: Boom.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Paris, J. (2005). Neurobiological dimensional models of personality: A review of the models of Cloninger, Depue, and Siever. *Journal of Personality Disorders*, 19, 156-170.
- Philipse, M. (2005). *Predicting criminal recidivism. Empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry*. Enschede: Febodruk.
- Priebe, S., Huxley, P., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 7-12.
- Priebe, S., McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., e.a. (2007). Structured patient-clinician communication a 1-year outcome in community mental health care. Cluster randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 191, 420-426.
- Quant, P. (2007). *Projectmatig werken. Hoe doe je dat?* Zaltbommel: Thema.
- Quay, H.C. (1977). Measuring dimensions of deviant behaviour: the Behavior Problem Checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, 277-287.
- ROMCKAP (2010). *Concept Projectplan ROMCKAP*. Oegstgeest: ROMCKAP.
- ROMCKAP (2011). *ROMCKAP. Draaiboek Implementatie ROM*. Oegstgeest: ROMCKAP.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A.H., Welcher, B., Thornicroft, G., e.a. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 149-155.
- Schabracq, M.J. (Red.). (2009). *Langdurige forensisch psychiatrische zorg. Landelijk zorgprogramma voor patiënten binnen de langdurige forensische psychiatrie (versie 1)*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Schippers, G. M., & Broekman, T.G. (2011b). *MATE-Q 2.1a Proefversie*. Handleiding. Nijmegen: Bêta Boeken. www.mateinfo.eu.

- Schippers, G.M., & Broekman, T.G. (2011a). *MATE-Uitkomsten 2.1. Handleiding en protocol*. Nijmegen: Bureau Beta. www.mateinfo.eu.
- Schippers, G.M., Broekman, T.G., & Buchholz, A. (2011). *MATE 2.1. Handleiding en protocol*. Nijmegen: Bèta Boeken. www.mateinfo.eu.
- Schippers, G.M., Broekman, T.G., Buchholz, A., Koeter, M., & Van den Brink, W. (2010). Measurements in addictions for triage and evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction*, *105*, 862-871.
- Schrag, A., Barone, P., Brown, R.G., Leentjens, A.F., McDonald, W.M., Starkstein, S., e.a. (2007). Depression rating scales in Parkinson's disease: critique and recommendations. *Movement Disorder*, *22*, 1077-1092.
- Sharma, V.K., Wilkinson, G., & Fear, S. (1999). Health of the nation outcome scales: a case study in general psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, *174*, 395-398.
- Slade, M., Beck, A., Bindman, J., Thornicroft, G., & Wright, S. (1999). Routine outcome measures for Patients with severe mental illness: CANSAS and HoNOS. *British Journal of Psychiatry*, *174*, 404-408.
- Slooff, C.J., Sijtzema, H., Touw, K.P., e.a. (2008). Disease management bij patiënten met psychotische stoornissen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, *63*, 7-19.
- Smalbrugge, M., Jongenelis, L., Pot, A.M., Beekman, A.T., Eefsting, J.A. (2008). Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-item versions) useful for both purposes in nursing home patients? *Aging & Mental Health*, *12*, 244-248.
- Spits, M.A., & Schippers, G.M. (2008). *Hoe kunnen resultaten van zorg aan verslaafden worden gemeten en gebruikt?* Amersfoort: GGZ Nederland.
- Stinckens, N., Verdru, H., Leijssen, M. (2010). Monitoring als therapeutisch instrument. Bruggen slaan tussen klinische praktijk en onderzoek. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, *40*, 11-24.
- Strauss, M.A. (1979). Measuring intra-family conflict and violence: the Conflict Tactics Scales. *Journal of Marriage and Family*, *41*, 75-88.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., van Dorn, R.A., Elbogen, E.B., Wagner, H.R., Rosenheck, R.A., e.a. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 490-499.
- The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires. Quality of life questionnaires for adolescents and adults. Handbook*. Lengerich: Pabst Science.
- Themanummer Meetinstrumenten in de psychiatrie. (2004). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *46*, 643-720.
- Trauer, T. (2004). Use of a routine outcome measure in a consultation-liaison mental health service. *Australasian Psychiatry*, *12*, 139-144.
- Trauer, T., Tobias, G., & Slade, M. (2008). Development and evaluation of a patient rated version of the Camberwell Assessment of Need short appraisal schedule (CANSAS-P). *Community Mental Health Journal*, *44*, 113-124.
- Veldhuizen, R. van, Bähler, M., van Os, J. (2008). *Handboek FACT*. Amsterdam: De Tijdstroom.
- Verbrugge, C.A.G., de Jong, C.A.J., Holsbeek, T., & Van Dijk, R. (2005). *Wat motiveert tot onderlinge vergelijking? Een evaluatieverslag project IMC Benchmarking*. Amersfoort: GGZ Nederland.

- Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C.C., Dolan, C., Busschbach, J.J.V., van der Kroft, P.J.A., e.a. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-I18): development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 20, 23-34.
- Verhulst, F.C., van der Ende, J., & Koot, H. M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC.
- Verhulst, F.C., van der Ende, J., & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC.
- Verstraten, P.F.J., & van Eekelen C.W.J.M. (1987). *Handleiding voor de GIP: gedragsobservatieschaal voor de intramurale psychogeriatricie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Verwey, B., van Waarde, J.A., Huyse, F., & Leentjens, A.F.G. (2008). Consultatieve en ziekenhuispsychiatrie in Nederland: op weg naar psychosomatische geneeskunde. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 139-143.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence (Version 2)*. Vancouver: Simon Fraser University.
- Weert-van Oene, G. de, Holsbeek, T., & de Jong, C.A.J. (2007). *Projectplan benchmark dubbele diagnose*. Nijmegen: Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA).
- Wing, J.K., Beevor, A.S., Curtis, R.H., Park, S.B., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS); research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18.
- Wunderink, L., Sytema, S., Nienhuis, F.J., & Wiersma, D. (2009) Clinical Recovery in First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 362-9.
- Yiend, J., Chambers, J.C., Burns, T., Doll, H., Fazel, S., Kaur, A., e.a. (2011). Outcome measurement in forensic mental health research: an evaluation. *Psychology Crime and Law*, 17, 277-292.

9. De toekomst met ROM

Niels Mulder, psychiater

Robert Vermeiren, psychiater

Noortje Sax, manager kwaliteitsbeleid NVvP

Welke kant gaat het op?

Deze handreiking heeft tot doel het gebruik van ROM door de psychiater te ondersteunen. We schatten in dat het gebruik van ROM in de praktijk door de psychiater een aantal kanten uit kan gaan. De psychiater raakt enthousiast, ervaart de meerwaarde van ROM voor de behandeling en gaat de ROM-gegevens gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Onderzoek kan uitwijzen dat ROM inderdaad meerwaarde heeft voor de behandeling. Hierdoor kan ROM uitgroeien tot een niet meer weg te denken onderdeel van de behandelcyclus. Het tegendeel kan ook het geval zijn. De psychiater gaat ROM zien als een belasting, omdat hij of zij de meerwaarde niet voelt en ook niet aangetoond wordt. Dan moeten we vrezen voor de toekomst van ROM. Op dit moment is het te vroeg om te weten welke kant het op zal gaan. Anno 2012 gaan we ervan uit dat ROM meerwaarde heeft bij behandelen, leren, wetenschappelijk onderzoek en dat ROM onder bepaalde condities ook bruikbaar is voor benchmarking.

Transparantie door ROM

Deze punten zouden aan de ene kant kunnen leiden tot terughoudendheid bij het massaal invoeren van ROM. Aan de andere kant bestaat er grote maatschappelijke behoefte om de ggz transparanter te maken en te laten zien wat we bereiken. ROM is hiervoor bedoeld. Een reden waarom de ggz meer dan andere sectoren door de beleidsmakers aangepakt wordt, is dat we niet weten aan te tonen dat onze zorgverbetering brengt. In deze tijden van bezuinigingen is het van groot belang om onze middelen goed in te zetten en de zorg zo efficiënt mogelijk te organiseren. Ook dit moet verbeteren door goed gebruik te maken van de ROM-gegevens. Er is geen tijd en budget gereserveerd om eerst de meerwaarde van ROM wetenschappelijk aan te tonen, voordat we ROM in de praktijk invoeren. Dit is jammer en betekent dat we dit alsnog moeten proberen te doen, parallel aan de invoering van ROM.

Benchmarking met ROM

Naast transparantie en verbeteren van efficiëntie bestaat de wens tot benchmarking met ROM-gegevens. Dit is nieuw en er zijn hierover nog veel onbeantwoorde vragen. Toch hebben de zorgverzekeraars, GGZ Nederland, de ggz-instellingen, de beroepsverenigingen NVvP en NIP, en het Landelijk Platform Ggz besloten dit te gaan doen. De NVvP en het NIP zullen erop toezien dat ROM op een wetenschappelijk verantwoorde wijze wordt gebruikt voor benchmarking.

Er wordt door het ministerie van VWS en de zorgverzekeraars van uit gegaan dat benchmarking de kwaliteit van zorg meet. In deze handreiking (hoofdstuk 2 en 3) wordt er terecht op gewezen dat hiervoor minstens aan bepaalde voorwaarden moet worden voldaan. Maar dan nog blijft het de vraag of vergelijking op basis van ROM-gegevens een betrouwbaar beeld geeft over kwaliteit. Dit is echter geen reden om niet te benchmarken. Door vergelijken kunnen we leren, en door interpretatieverschillen kunnen we factoren ontdekken die samenhangen met veranderprocessen bij onze patiënten.

Toekomst

Over enkele jaren zullen we een tussenbalans kunnen opmaken. Deze handreiking heeft als doel een startpunt te definiëren. Het is immers bij aanvang van belang om op een rijtje te zetten hoe we gaan meten en wat de uitdagingen zijn. Uiteraard zijn we benieuwd hoe deze handreiking over de jaren heen zal evolueren.

We gaan er intussen ook van uit dat ROM meerwaarde heeft voor de behandeling en dat we benchmarking op een verantwoorde wijze kunnen toepassen. Tegelijkertijd willen we er ons kritisch tegenover stellen. Zoals beschreven moet de meerwaarde van benchmarking nog aangetoond worden. De werkgroep hoopt dat deze handreiking daartoe bijdraagt en zal kritisch volgen wat er de komende jaren met ROM gebeurt.

We zijn ervan overtuigd dat er grote kansen liggen. In welke mate die gegrepen zullen worden, hangt van ons allen af. Door als beroepsgroep proactief te handelen kunnen we ervoor zorgen dat ROM een krachtig instrument wordt, dat helpt de patiënt te verbeteren, toelaat om kritisch naar onszelf te kijken, en de buitenwereld te tonen dat we goede en relevante zorg leveren.

