

Shared decision making in combinatie met ROM bij patiënten met gecombineerde lichamelijke en psychische klachten; een klinisch-empirische verkenning

C.M. VAN DER FELTZ-CORNELIS, H. ANDREA, E. KESSELS, H.J. DUIVENVOORDEN, H. BIEMANS, M. METZ

ACHTERGROND Routine outcome monitoring (ROM) is wijd verbreid, maar wordt nog weinig ingezet om de behandeling inhoudelijk te verbeteren.

DOEL Beschrijven van een ROM-werkwijze volgens het concept van gedeelde besluitvorming (shared decision-making; SDM) bij het Centrum voor Lichaam, Geest en Gezondheid (CLGG) van GGZ Breburg.

METHODE Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een SDM-model en -werkwijze geïntegreerd met ROM en een decision aid (beslissingsondersteunend instrument).

RESULTATEN Het ontwikkelde SDM-model volgt 3 fasen van besluitvorming over triage, opstellen behandelplan en vervolgbehandeling. Van de 67 aangemelde patiënten bleken er 7 niet in staat tot ROM in de intakefase en zij werden geëxcludeerd voor deze pilot. Na de intakefase met diagnostisch advies of verwijzing als afsluiting hadden 25 patiënten geen behoefte aan een verder behandeltraject. Bij 33 van de 35 patiënten die doorgingen met een behandeling werd tijdens die volgende behandeltrajecten minstens één vervolg-ROM-meting verricht. Daarbij werd een significante vermindering van lichamelijke klachten en van psychische symptoomlast gevonden.

CONCLUSIE Deze werkwijze is goed toepasbaar bij patiënten met gecombineerde lichamelijke en psychische klachten en hun behandelaars. Er was weinig uitval voor vervolg-ROM-metingen en de klachten verbeterden significant. Deze resultaten zijn bemoedigend voor het opzetten van een gerandomiseerde studie naar de effectiviteit van SDM in combinatie met ROM en een beslissingsondersteunend instrument.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)6, 375-384

TREFWOORDEN blended e-health, decision aid, gedeelde besluitvorming, implementatie, lichamelijke-psychische comorbiditeit, ROM, shared decision making



ARTIKEL



Routine outcome monitoring (ROM) is actueel. Deze werkwijze is enkele jaren geleden ontstaan vanuit de behoefte in het veld om op systematische, wetenschappelijk verantwoorde wijze te meten hoe de symptomen van de patiënt zich tijdens de behandeling ontwikkelen (Zitman 2011); dit is verbreed naar de meetdomeinen algemeen functio-

neren en kwaliteit van leven (Van Hees e.a. 2011). Vervolgens kwam het initiatief om ggz-instellingen te gaan benchmarken via de uitkomsten uit ROM door de onafhankelijke Stichting Benchmark GGZ (SBG) (Laane e.a. 2012). Dit dreigde de afgelopen tijd de aandacht voor het primaire proces van behandelmonitoring, waar ROM aanvankelijk

voor bedoeld was, onder te sneeuwen en te leiden tot weerstand tegen het toepassen van ROM.

Een van de vragen die men zich in dit tijdschrift stelde, was hoe men behandelresultaten van verschillende instellingen op een zorgvuldige manier zou kunnen vergelijken (Noom e.a. 2012) en hoe zorgverzekeraars met de gegevens voortvloeiend uit de benchmark om zouden gaan (Van Os e.a. 2012). Uit het hierop volgend overleg tussen de betrokken partijen kwam een aantal nieuwe afspraken voort, evenals de oproep om ROM nu toch vooral te gaan toepassen (Gaag RJ van der, Sax N. Verenigingsbestuur en kernhoogleraren roepen leden op ROM-vragenlijsten te gaan hantieren: ROM is een zinvolle toevoeging aan de behandeling van patiënten. E-mail aan de leden van de NVvP, 25 mei 2012). Met deze klinisch-empirische verkenning willen wij daar een bijdrage aan leveren.

De achtergrondgedachte bij ROM is eenvoudig. Wanneer we meten wat de aanvangsklacht is bij behandeling, dan kunnen we ook meten of die vermindert en dus of de behandeling succes heeft. ROM wordt hierbij ingezet voor het bijdragen aan een juiste indicatie of insteek bij de behandeling aan het begin, voor het aanpassen van de behandeling bij onvoldoende verbetering en ter ondersteuning om de behandeling af te ronden. Bij dit ROM-proces kunnen echter problemen bij de toepassing door professionals optreden (Van der Feltz-Cornelis e.a. 2011; De Jong 2012). Die blijken vaak niet of maar één keer te meten, namelijk aan het begin (Stinckens e.a. 2012) en een percentage van minder dan 20% vervolgmetingen is geen uitzondering (Van Hees e.a. 2011). Bovendien leiden bevindingen uit de vervolgmetingen niet vanzelf tot een aanpassing van de behandeling.

Om een dergelijke aanpassing van de behandeling te bereiken hebben behandelaars concrete ondersteuning nodig bij het vertalen van de vorderingen op de ROM tijdens de behandeling naar de zorgpaden in een instelling. Er is bij de meeste ggz-instellingen echter (nog) geen directe koppeling tussen ROM en de zorgpaden, noch op het behandelinhoudelijke vlak, in de zin van de beschikbaarheid van behandelalgoritmes, noch in de ICT-toepassing van ROM in het EPD. In een inventarisatie verricht door het Trimbos-instituut in opdracht van vws in 2011 kwam dit ook naar voren. Daarbij werd aanbevolen om ROM te koppelen aan *decision aids* (beslissingsondersteunende instrumenten) voor hulpverleners om de behandel-effecten te vergroten (Van der Feltz-Cornelis e.a. 2011).

Een dergelijk beslissingsondersteunend instrument is in de eerste lijn wel ontwikkeld en geëvalueerd in het kader van het Depressie Initiatief, een landelijk initiatief van het Trimbos-instituut gericht op het verbeteren van de behandeling van depressie. Daar bleek dat ROM in combinatie met een ICT-beslissingsondersteunend instrument voor de

AUTEURS

CHRISTINA M. VAN DER FELTZ-CORNELIS, hoogleraar Sociale psychiatrie, Centrum voor Lichaam, Geest en Gezondheid, GGz Breburg, Tilburg; Tranzo, Tilburg University; Trimbos-instituut, Utrecht.

HELENE ANDREA, senior wetenschappelijk medewerker, Centrum voor Lichaam, Geest en Gezondheid en Innovatie en Kwaliteit, GGz Breburg, Tilburg; Tranzo, Tilburg University.

ELLEN KESSELS, psycholoog, Centrum voor Lichaam, Geest en Gezondheid, GGz Breburg, Tilburg.

HUGO DUIVENVOORDEN, psycholoog en statisticus, Erasmusmc, Rotterdam.

HENK BIEMANS, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, Centrum voor Lichaam, Geest en Gezondheid, GGz Breburg, Tilburg.

MARGOT METZ, senior beleidsmedewerker Innovatie & Kwaliteit, adviseur ROM, GGz Breburg, Rijen.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Christina M. van der Feltz-Cornelis, GGZ Breburg, Centrum voor Lichaam, Geest en Gezondheid, Postbus 770, 5000 AT Tilburg.

E-mail: cvanderfeltz-cornelis@ggzbreburg.nl

Strijdige belangen: Van der Feltz-Cornelis' werkgever heeft een unrestricted onderzoeksgrant ontvangen voor investigator initiated research door Eli Lilly en zij geeft voordrachten op symposia (mede) georganiseerd door Lilly en Lundbeck.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-11-2013.

behandeling van depressie in de huisartsenpraktijk door een multidisciplinair team tot vijf tot zeven keer betere resultaten leidde dan gebruikelijke zorg. Zowel de adherentie van de patiënten als van de huisartsen was groter (Van der Feltz-Cornelis e.a. 2012).

GGZ Breburg stelde zich in 2011 ten doel om een dergelijke werkwijze ook te effectueren in de ggz-omgeving, en wel in het Centrum Lichaam, Geest en Gezondheid (CLGG), een derdelijnsvoorziening voor patiënten met een combinatie van lichamelijke en psychische klachten. Deze patiënten hebben vaak al meerdere artsen bezocht, zonder resultaat. De verwachting was dat een werkwijze waarbij zij actief betrokken zouden worden, waarbij behandeldoelen met hen zouden worden afgesproken en nauw gemonitord zou worden of die doelen werden gehaald, hen zeker aan zou spreken en zou motiveren voor het behandel aanbod. De patiënt wordt immers door ROM potentieel een actieve participant in het behandelproces, en meewerken hierin vereist ook een actieve inspanning van de patiënt. (LPGGZ 2011)

Gedeelde besluitvorming

Gedeelde besluitvorming (*shared decision making*; SDM) is door Towle e.a. (1999) omschreven als een proces waarin een arts samen met de patiënt een keuze maakt over een medische behandeling. Patiënten willen gehoord worden en betrokken worden in (het proces van) besluitvorming in de zorg. Dit kan leiden tot vraaggestuurde zorg (Rijkmans e.a. 2007) en dat kan leiden tot betere adherentie aan de behandeling (Raue e.a. 2009). SDM is een begrip uit de somatische geneeskunde, meer in het bijzonder uit de oncologie. Daar wordt vooral ingezet op het goed informeren van patiënten voordat ze instemmen met een behandeling die potentieel risicovol is, zoals een operatie of chemokuur (Schenker e.a. 2011).

Een web-based instrument gericht op SDM bij patiënten met longkanker (*Comprehensive Health Enhancement Support System*; CHES) is ontwikkeld en werd beschreven door Dubenske e.a. (2010). Hier was echter geen onderliggend algoritme beschikbaar dat door de tijd heen directieven gaf aan patiënt en behandelaars voor het verloop van de behandeling. Zowel de patiënt en familie als de arts hadden toegang tot het systeem. Volgens de indeling van Elwyn e.a. (2010) wordt de interventie bij SDM toegepast in face-to-face ontmoetingen met de professional en ondersteund door ROM en een onderliggend behandelalgoritme. Als zodanig is het te beschouwen als een *blended e-health* model.

Doel

In dit artikel presenteren wij onze ervaringen met een klinisch-empirische verkenning verricht in de periode 2011-2012 waarin we ROM toepasten in combinatie met SDM bij patiënten van het Centrum voor Lichaam, Geest en Gezondheid (CLGG) van GGZ Breburg. Daarbij onderzoeken wij de adherentie, verschillen tussen patiënten die wel of niet tot een behandeltraject overgaan en de uitkomst van behandeltrajecten.

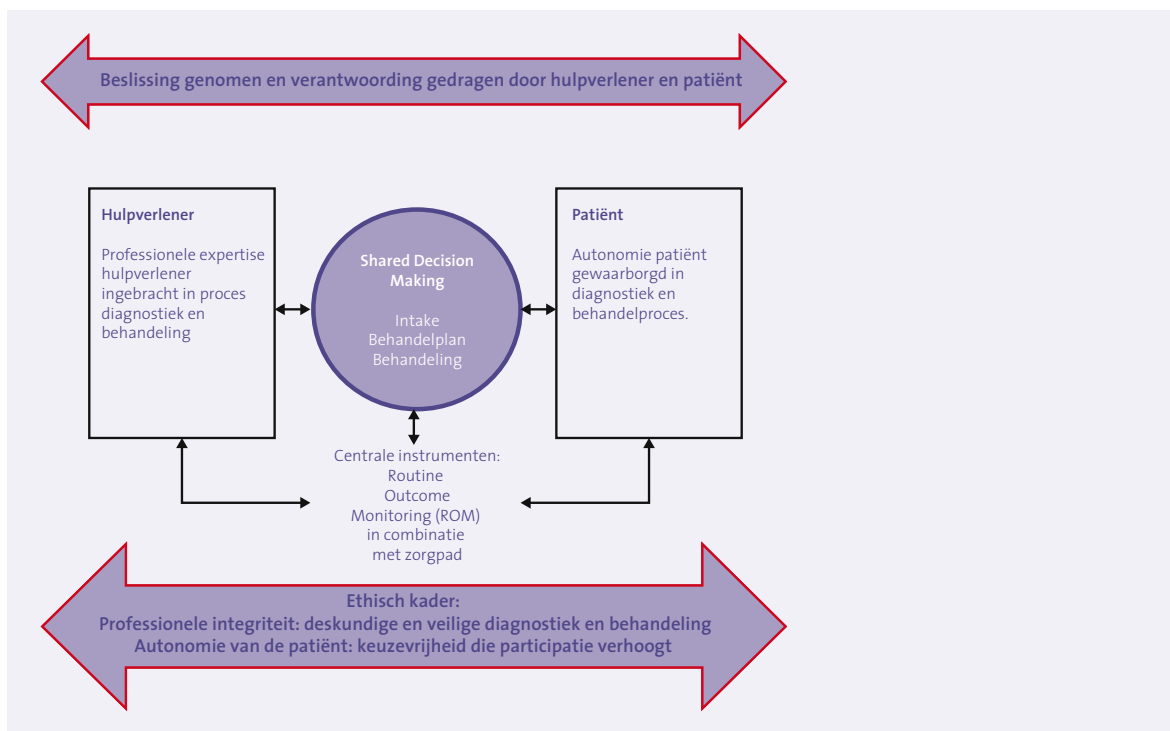
METHODE

Vorbereidingsfase

CONCEPTUEEL MODEL VOOR SDM

In de eerste plaats werd in twee teamsessies een conceptueel model voor SDM ontwikkeld door het team van CLGG in samenspraak met de cliëntenraad van de zorggroep volwassenen van GGZ Breburg en met ondersteuning van LOC zeggenschap in de zorg. De cliëntenraad had met name vragen over privacy en veiligheid van de ROM, die naar bevrediging van de raad kon worden beantwoord. We ontwikkelden vervolgens een SDM-model waarin enerzijds de autonomie van de patiënt en anderzijds de professionaliteit van de hulpverlener beide voldoende moesten worden gehonoreerd.

FIGUUR 1 Model voor gedeelde besluitvorming (SDM) tussen patiënt en hulpverlener op het Centrum LGG, GGZ Breburg



De achtergrond hiervan was dat in de vroege, simpele vormen van SDM uit de oncologie, het model was dat de arts vanuit zijn of haar professionele deskundigheid de patiënt informeerde over diens ziekte (kanker), de behandel mogelijkheden (chemotherapie, bestraling en/of operatie), bijwerkingen daarvan (haaruitval, nierschade, pijn en verminking), en de prognose met en zonder behandeling. Daarna nam de patiënt een geïnformeerd besluit om wel of niet de voorgestelde behandeling te ondergaan. Hier had de professionele deskundigheid van de arts dus de overhand, was het aandeel van de patiënt een goed geïnformeerde keuze maken en lag het accent van SDM op een eenmalig besluit in het begin van de behandeling.

In deze pilot wilden wij het concept SDM verder brengen dan dat. Wij wilden in ons SDM-model meer aandacht voor de autonomie van de patiënt, maar we wilden de hulpverlener wel de optie geven om doelgericht symptomen te behandelen en te pogen tot curatie te komen (van Staveren 2011). Deze keus maakten wij omdat de patiëntengroep met zogenaamde lichamelijk onvoldoende verklaarde klachten (SOLK), vaak een historie heeft van conflicten met behandelaars vooraleer bij ons centrum terecht te komen, en vaak expliciet de wens heeft bij ons CLGG dan wél goede diagnostiek en behandeling te krijgen. Overeenstemming met de patiënt over diagnostiek en behandeltraject is dus des te belangrijker. Dit geven we in **FIGUUR 1** modelmatig weer.

ZORGPADEN EN BESLISSINGSONDERSTEUNENDE INSTRUMENTEN

Ten tweede werden evidence-based zorgpaden beschreven door de teamleden met omschreven afkapwaarden als

geleide voor de monitoring bij vervolgmetingen. Het kon dan bijvoorbeeld gaan om een zorgpad cognitieve gedragstherapie (CGT), al dan niet gecombineerd met farmacotherapie, een zorgpad *eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR), etcetera. Deze konden bij verschillende diagnoses worden toegepast, afhankelijk van de scores op vragenlijsten bij de basismeting, van de motivatie van de patiënt en voorzien van een beslissingsondersteunend instrument per specifieke stoornis.

Daarbij voorzagen we dat een eenmalig SDM-moment voor de behandeling in ons centrum onvoldoende was. Er was een sequens nodig van behandeltrajecten die onder continue monitoring met een aantal vragenlijsten in de ROM moest verlopen, waarbij het streven was om in de loop van zes maanden tot het afsluiten van de behandeling te kunnen komen en de patiënt terug te verwijzen naar de verwijzer.

Ook wilden we de patiënt een actieve rol geven in het kiezen van het behandelgoal en van de hoofdsymptomen waarop gemonitord zou worden tijdens de behandeling. In deze opvatting doet de patiënt dus meer dan alleen goed geïnformeerd een besluit nemen. Hij of zij stelt zelf behandelgoals vast. Dit model brengt autonomie van de patiënt en professionele deskundigheid van de hulpverlener op drie momenten in evenwicht. Het model is te zien in **FIGUUR 2**.

Intake

Patiënten die werden aangemeld bij ons centrum werden pas uitgenodigd voor een intake nadat de eerste ROM-meting had plaatsgevonden. Dit werd telefonisch uitgelegd

FIGUUR 2 Gedeelde besluitvorming (SDM), ROM en zorgpaden tijdens de verschillende fasen



aan de patiënt bij het eerste contact. Wanneer om een of andere reden de ROM niet werd ingevuld, werd navraag gedaan bij de patiënt naar de reden. Aan de hand van deze basismetings en na het verrichten van psychiatrisch onderzoek, lichamelijk onderzoek en overleg met de verwijzer, werd in overleg met patiënt en team bezien welk zorgpad adequaat leek voor de hulpvraag van de patiënt, zoals omschreven in **FIGUUR 2**.

Behandelplan

Bij het gezamenlijk vaststellen van het behandelplan werd de patiënt expliciet gevraagd naar zijn of haar hulpvraag en verwachtingen van de behandeling. De patiënt en de hulpverlener bespraken vervolgens welke lichamelijke klacht (bijvoorbeeld pijn) als hoofdklacht aanwezig was, en welke psychische klacht (bijvoorbeeld depressie) als hoofdklacht aanwezig was, waarna de daarbij passende vervolginstrumenten ook gezamenlijk werden gekozen en de 6-wekelijkse ROM-metingen werden klaargezet door het secretariaat. De patiënt kreeg uitleg over deze 6-wekelijkse monitoring en het feit dat we dan op basis van de voortgang met hem of haar nieuwe beslissingen zouden nemen over het te volgen behandelplan. We kunnen de vorderingen en stand van zaken laten zien van wat er al bereikt is of wat er nog dient te gebeuren; en dan ook nieuw te stellen doelen bepalen waarbij de patiënt weer keuzeopties heeft, omdat met algoritmes wordt gewerkt die daarop zijn ingespeeld.

Vervolgmetingen

Voor deze ROM-metingen kreeg de patiënt een uitnodiging per e-mail. In principe was het de bedoeling dat op deze wijze de zorgpaden werden doorlopen, waarbij de ROM-metingen worden geïnterpreteerd aan de hand van tevoren geformuleerde afkappunten en door de hulpverlener met het behandelteam en met de patiënt worden besproken. Zo moet op de PHQ9 elke 6 weken een daling van minstens 5 punten worden gemeten, wil de behandeling voldoende aanslaan, zoals in het effectief gebleken algoritme uit het Depressie Initiatief. Indien dat niet gebeurt, dan is een vervolgstap uit het zorgpad aangewezen (van der Feltz-Cornelis e.a. 2012).

Het volgen van het zorgpad, het inplannen van de vervolgmetingen en vervolgstappen zetten op basis van de al dan niet bereikte afkappunten in de ROM-metingen werd door de behandelaars ingezet en besproken tijdens voortgangsbesprekingen. Ter ondersteuning van dit proces gebruikte het team een doorstroomtabel waarin te zien was of een patiënt aan de beurt is voor bespreking van de follow up meting, en van eventueel wenselijke nieuwe behandelstappen.

AANPASSINGEN APPLICATIE

In de derde plaats pasten wij de applicatie aan teneinde de SDM/ROM-werkwijze te ondersteunen. Ook gedurende de pilot werden nog aanpassingen gedaan en werden bijvoorbeeld nog andere vragenlijsten toegevoegd, zoals de *Brief Pain Inventory* (BPI) en de PAINDETECT.

Uitvoerende fase: klinisch-empirische verkenning

INCLUSIEFASE EN ROM-METINGEN

Gedurende 5 maanden werden patiënten geïncludeerd in de pilot. De ROM-meting bij intake bestond uit een instrument dat lichamelijke klachten (LKV) (Van Hemert 2003) meet. Daarnaast werd de meest voorkomende psychiatrische comorbiditeit bij lichamelijke klachten gemeten met de PHQ9 voor depressie (Kroenke e.a. 2001) en de GAD7 voor angststoornissen, (Spitzer e.a. 2006). Tijdens de behandelphase werden vervol-ROM-metingen verricht.

Evaluatie

In de 6 maanden daarna werd de doorstroom geëvalueerd, werd geëvalueerd of de werkwijze door patiënten en behandelaars werd gevolgd en werden de behandelresultaten geanalyseerd. Voor het beoordelen van de behandelresultaten bekeken we de scores van patiënten die in de basismetings aan de volgende criteria voldeden: zij hadden 10 of meer lichamelijke klachten op de LKV en scoorden 10 of meer op de PHQ9, hetgeen een indicatie is voor een ernstige depressie, of 10 of meer op de GAD7, hetgeen een indicatie is voor een angststoornis. Vervolgens werd het verloop van de scores gevolgd en geanalyseerd of de verandering significant was. Tevens werd geanalyseerd of er verschil was in basisscores bij patiënten die wel of niet een behandeltraject nodig hadden.

Statistische analyse

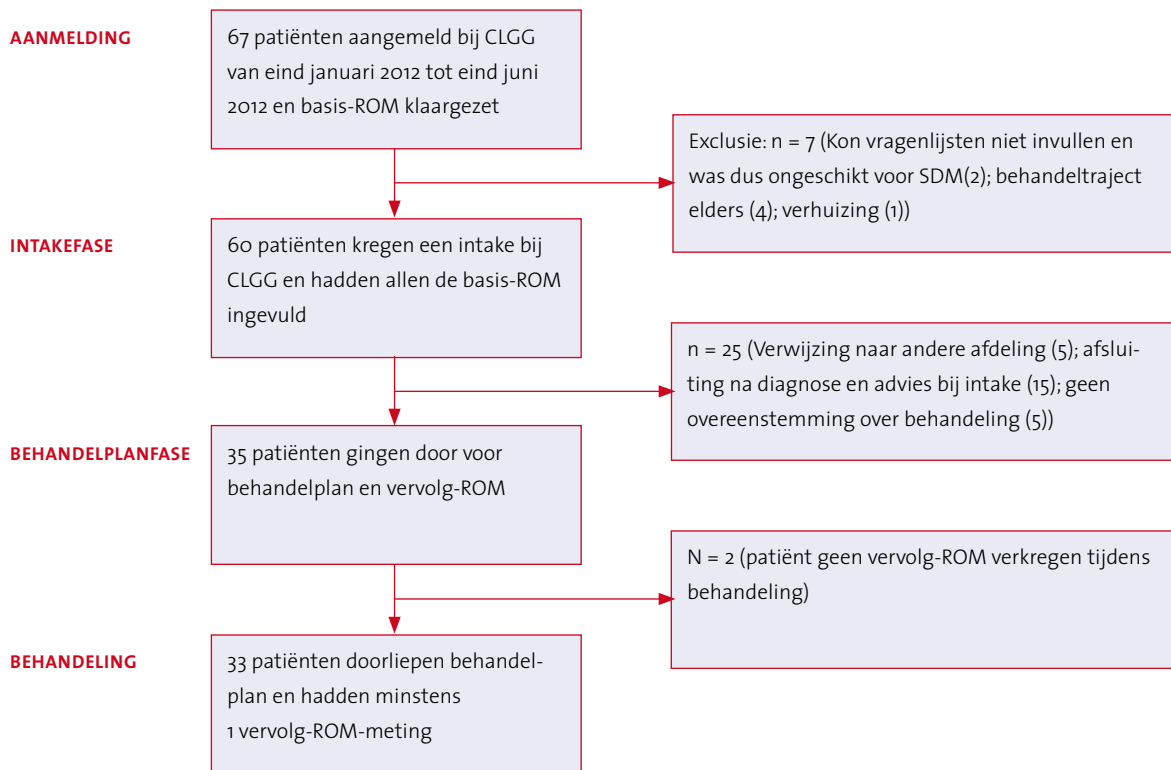
Groepsvergelijking bij aanvang werd uitgevoerd met variantieanalyse (ANOVA). Betreffende het beloop werd de laatste vervolgmeting van de patiënt vergeleken met diens meting bij aanvang. Daartoe werd gebruikgemaakt van t-toetsen voor gepaarde waarnemingen. Alle significantietoetsingen vonden tweezijdig plaats, waarbij $p < 0,05$ als significant werd beschouwd.

RESULTATEN

Doorstroom en adherentie

Deze werkwijze leidde tot de doorstroom zoals aangegeven in het stroomdiagram in **FIGUUR 3**. Hieruit blijkt dat 7 mensen niet in staat waren tot deelname. Van de resterende 60 patiënten waren er 21 man en 39 vrouw. De gemiddelde

FIGUUR 3 Stroomdiagram



TABEL 1 Vergelijking gemiddelde waarden bij aanvang onderzoek

Traject gevolgd door de patiënt		Start-ROM GAD7 ^a	Start-ROM PHQ9 ^b	Start-ROM LKV55 ^c
Intake	Gem.	10,45	12,30	53,80
	N	20	20	20
	SD	6,60	8,30	27,91
	SE	1,48	1,86	6,24
Behandelaanbod niet aangenomen	Gem.	9,40	9,80	60,80
	N	5	5	5
	SD	8,56	7,66	21,65
	SE	3,83	3,43	9,68
Behandelaanbod aangenomen	Gem.	10,82	13,40	63,09
	N	34	35	34
	SD	6,31	6,38	22,97
	SE	1,08	1,08	3,94
Totaal	Gem.	10,58	12,73	59,75
	N	59	60	59
	SD	6,49	7,12	24,63
	SE	0,85	0,92	3,21

a GAD7 (Generalised Anxiety Disorder 7 item scale): ANOVA: $F(2,56) = 0,11; p < 0,90$

b PHQ9 (Patient Health Questionnaire 9 item scale): ANOVA: $F(2,57) = 0,61; p < 0,55$

c LKV55 (Lichamelijke Klachten Vragenlijst 55 item schaal): ANOVA: $F(2,57) = 26,43; p < 0,001$

TABEL 2 Beloop scores in depressieve groep

	To (start- ROM) PHQ9	T1 PHQ9	T2 PHQ9	T3 PHQ9	To (start- ROM) GAD7	T1 GAD7	T2 GAD7	T3 GAD7	To (start- ROM) LKV55	T1 LKV55	T2 LKV55	T3 LKV55
N	25	22	20	17	25	15	13	11	25	16	12	7
	0	3	5	8	0	10	12	14	0	9	13	18
Gem.	16,36	13,91	13,30	12,47	12,60	12,60	10,00	9,73	68,72	55,81	53,17	54,86
SD	4,232	7,084	6,642	5,680	5,292	5,316	6,481	4,921	21,912	24,876	16,970	20,506
SE	0,846	1,510	1,485	1,378	1,058	1,373	1,797	1,484	4,382	6,219	4,899	7,750
Minimum	10	4	3	3	3	5	0	2	31	17	19	18
Maximum	23	24	22	24	21	20	21	19	125	119	76	83

Verandering GAD (Generalised Anxiety Disorder 7 item scale): $t = 2,30$; $df = 12$; $p < 0,04$ (t-toets voor gepaarde waarnemingen)

Verandering PHQ9 (Patient Health Questionnaire 9 item scale): $t = 2,85$; $df = 20$; $p < 0,01$ (t-toets voor gepaarde waarnemingen)

Verandering LKV55 (Lichamelijke Klachten Vragenlijst 55 item schaal): $t = 1,85$; $df = 12$; $p < 0,09$ (t-toets voor gepaarde waarnemingen)

T1 is vervolg-ROM na 6 weken, T2 na 12 weken, T3 na 18 weken

leeftijd was 41 jaar (uitersten: 21-72). Na de intake van deze 60 mensen bleken 25 mensen niet bij het CLGG te blijven voor behandeling na de intake. Zij kregen volgens de methode van SDM alleen een diagnostisch traject ($n = 20$) of zij kregen wel een behandelaanbod, maar bereikten geen overeenstemming daarover met hun behandelaar ($n = 5$). Van de 35 patiënten die wel aan een behandeling waren begonnen, deden er 33 mee aan minstens één ROM-vervolgmeting. De ene uitvaller had bij aanvang al lagere scores dan gemiddeld op de GAD7 (3), de PHQ9 (8), en de LKV (51). De andere uitvaller deed mee aan een ander onderzoek en vulde daarom geen ROM-metingen in. De adherentie in de behandel fase was dus goed te noemen.

Basismetingen in de drie groepen

De basisscores in de 3 groepen zijn te zien in **TABEL 1**. Op alle uitkomstvariabelen waren verschillen te zien tussen de drie groepen, maar deze waren alleen bij de lichamelijke klachten significant (LKV55 (ANOVA: $F(2,57) = 26,43$; $p < 0,001$)). Betreffende de LKV55 moet dit overwegend worden toegeschreven aan de groep die genoeg had aan een intake en diagnostisch advies, die gemiddeld lager op deze lijst scoorde dan de andere groepen. De groep die doorging voor behandeling, scoorde gemiddeld hoger dan de totale groep op alle vragenlijsten, en vooral op de LKV. De groep die geen overeenstemming bereikte over een behandeling scoorde hoger dan gemiddeld op de LKV, maar lager dan gemiddeld op de depressie-, angst- en de PHQ9-somatisatieschaal;

deze scores waren onder de afkapwaarde voor matige ernst. Dus wellicht was er onvoldoende psychische lijdensdruk bij deze patiënten om een intensief behandeltraject aan te gaan.

Symptoomverbetering in de behandelde groep

DEPRESSIEVE STOORNIS

Het bleek dat alle patiënten met angstklachten ook een depressieve stoornis hadden; het omgekeerde was niet het geval. De bevindingen voor de groep met alleen een depressie zijn te zien in **TABEL 2**. Uit de metingen bleek dat bij de derde meting, 18 weken na vaststellen van het behandelplan, de gemiddelde score op de PHQ9 significant was gedaald van 16,24 naar 12,24 ($t = 2,85$; $df = 20$; $p < 0,01$) en dat 35% een score had die was gedaald tot onder de afkapwaarde van 10. De scores op de GAD7 voor angstklachten waren significant gedaald van 14,69 naar 10,46 ($t = 2,30$; $df = 12$; $p < 0,04$) en 55% lag onder de afkapwaarde 10. De LKV-score voor lichamelijke klachten in deze groep was niet significant afgenomen, van 63,46 naar 53,77 ($t = 1,85$; $df = 12$; $p < 0,09$).

Bij de interpretatie van deze score is van belang dat het hier zowel om door een ziekte verklaarde als om onverklaarde lichamelijke klachten kan gaan. Het was dus niet te verwachten dat alle lichamelijke klachten in deze groep zouden verdwijnen. De gecombineerde belasting was echter aanzienlijk gedaald.

TABEL 3 Beloop scores in depressieve groep met comorbide angststoornis

	To (start- ROM) PHQ9	T1 PHQ9	T2 PHQ9	T3 PHQ9	To (start- ROM) GAD7	T1 GAD7	T2 GAD7	T3 GAD7
N Valide	16	15	13	12	16	12	12	11
Ontbrekend	0	1	3	4	0	4	4	5
Gem.	18,56	15,47	14,62	12,33	15,81	14,00	10,75	9,73
SD	3,245	7,269	5,738	5,975	3,487	5,009	6,151	4,921
SE	0,811	1,877	1,591	1,725	0,872	1,446	1,776	1,484
Minimum	12	4	5	3	10	5	0	2
Maximum	23	24	21	24	21	20	21	19

Verandering GAD (Generalised Anxiety Disorder 7 item scale): $t = 3,05$; $df = 10$; $p < 0,02$ (t-toets voor gepaarde waarnemingen).

Verandering PHQ9 (Patient Health Questionnaire 9 item scale): $t = 2,60$; $df = 16$; $p < 0,02$ (t-toets voor gepaarde waarnemingen).

T1 is vervolgroM na 6 weken, T2 na 12 weken, T3 na 18 weken.

DEPRESSIEVE STOORNIS MET COMORBIDE ANGSTSTOORNIS

Alle patiënten met een angststoornis hadden ook een depressie; het ging bij de angststoornissen dus altijd om comorbiditeit bij een depressie. Het beloop van de klachten in de groep met een depressie en een angststoornis wordt getoond in **TABEL 3**. Uit de metingen bleek dat de beginscore op de PHQ9 hoger was in deze groep dan in de groep met alleen een depressie, namelijk 18,6. Bij de derde meting, 18 weken na vaststellen van het behandelplan, was deze score significant ($t = 2,60$; $df = 16$; $p < 0,02$) gedaald van 16,59 naar 12,47; 48% was gedaald tot onder de afkapwaarde van 10. De gemiddelde score op de GAD7 daalde significant ($t = 3,05$; $df = 10$; $p < 0,02$) van 15,81 naar 9,73 en bij 55% van de metingen was bij de derde meting een klinisch relevante daling bereikt van de angstklachten, namelijk een score < 10 . De Ikv-score in deze groep was ook afgenomen, van 65,14 naar 54,86; er waren echter te weinig metingen om significantie te bereiken. De daling in lichamelijke klachten was vergelijkbaar in de depressieve groep met en zonder comorbide angststoornis.

DISCUSSIE

De bevindingen uit deze pilot zijn bemoedigend. Slechts weinig mensen komen niet in aanmerking voor de werkwijze met ROM; 7 van de 67. Het merendeel van de patiënten heeft goed meegewerkt aan de ROM-metingen en de SDM-werkwijze. In ons onderzoek heeft 38% voldoende aan een diagnostisch advies na de intake, 62% gaat door voor een behandeling en er is bij 94% van hen minstens één follow-upmeting verricht. De logistiek omtrent de follow-upmetingen als vervolg op het behandelplan is dus goed op gang gekomen. Ook de resultaten wat betreft symptoombelasting zijn

goed. Er is een significante en klinisch relevante vermindering van zowel lichamelijke, als depressieve en angstklachten waar te nemen. Dit ondersteunt onze tweesporigenbenadering in behandeling en ROM-monitoring. Het is opvallend dat, wanneer we op PHQ9- en GAD7-afkapwaarden afgaan, angstklachten alleen comorbide met depressie voorkomen in deze pilot en dat de depressieve klachten in deze groep minder in remissie komen dan de angstklachten. Deze bevindingen suggereren dat het hier om patiënten met zeer complexe problemen gaat; door de ROM-metingen krijgen we nu de mogelijkheid de behandeling verder bij te stellen.

De groep die niet doorging voor een behandeltraject had minder hoge scores bij de intake en mogelijk speelt minder psychische lijdensdruk een rol bij het feit dat er geen behandeltraject werd gevolgd.

Voor de groep die niet doorging met behandeling is geen vervolgroM verricht, aangezien het vanuit klinisch oogpunt weinig zin heeft vervolgmetingen te doen indien geen behandeling wordt ingesteld. Indien dit deelnamepercentage ook voor andere centra dichtbij de realiteit zou liggen, dan zegt dat iets over het percentage te verwachten vervolgroM-metingen bij aangemelde patiënten in het algemeen.

Beperkingen

Er zijn ook beperkingen. Hoe positief ook, deze bevindingen komen voort uit een pilot met slechts 60 patiënten, en de daling van scores in de behandelde groep zou toe te schrijven kunnen zijn aan regressie naar het gemiddelde of aan het natuurlijk beloop, hoewel een daling in 18 weken wel snel is daarvoor. Een gerandomiseerde trial zou nodig zijn om de effectiviteit ten opzichte van gebruike-

lijke zorg te evalueren. Deze zou ook de mogelijkheid geven de effectiviteit te koppelen aan de aard van de interventie, te exploreren welke patiëntgebonden factoren mogelijk verder bijdragen aan het al dan niet aangaan van een behandeling en een kwalitatieve evaluatie bij patiënten te verrichten.

Implementatie

De pilot heeft al tot feitelijke veranderingen geleid in de applicatie QuestManager, die onder meer wordt gebruikt door een samenwerkingsverband van ggz-instellingen dat ten doel heeft ROM te implementeren en evalueren (www.synquest.nl). Vragenlijsten (met plaatjes en aanwijzfunctie) zijn toegevoegd, getest en in gebruik genomen en kunnen nu ook door andere gebruikers benut worden. Toch blijft er nog ruimte voor verbetering van de ICT, zoals automatische terugkoppeling wanneer een vervolgmeting niet tijdig is ingevuld, verwerken van een beslissingsondersteunend instrument in het EPD en ROM-monitoringsysteem en digitale toepassing van het stroomschema bij patiëntbesprekingen.

CONCLUSIE

Deze pilot laat zien hoe ROM in samenwerking met de patiënt en met gebruik van een beslissingsondersteunend instrument op stimulerende en onderbouwde wijze zinvol toegepast kan worden in de behandeling. Hiermee bekrachtigt dit initiatief dus het belangrijkste doel van ROM, namelijk het ondersteunen van patiënt en behandelaar tijdens de behandeling en daarmee het optimaliseren van de kwaliteit daarvan. Gerandomiseerd vervolgonderzoek is nodig.

Deze pilot werd financieel ondersteund door GGZ Breburg. De adviseurs van loc Zeggenschap in zorg werden financieel ondersteund door ZonMw in het kader van het project Zorginstelling van de Toekomst, een door ZonMw ondersteund landelijk project gericht op betere patiëntparticipatie in de zorg.

Dr. Lindsey Ossewaarde droeg bij aan de analyses. Ondersteuning van de pilot verleenden Anja van Rijswijk en Edwin Holwerda, adviseurs van loc Zeggenschap in de zorg, www.zorgvoorbeter.nl, en de cliëntcommissie van de zorggroep volwassenen van GGZ Breburg.

LITERATUUR

- DuBenske LL, Gustafson DH, Shaw BR, Cleary JF. Web-Based cancer communication and decision making systems: connecting patients, caregivers, and clinicians for improved health outcomes. *Med Decis Making* 2010; 30: 732-44. DOI: 10.1177/0272989X10386382.
- Elwyn G, Frosch D, Volandes AE, Edwards A, Montori VM. Investing in deliberation: a definition and classification of decision support interventions for people facing difficult health decisions. *Med Decis Making* 2010; 30: 701-11. DOI: 10.1177/0272989X10386231
- Feltz-Cornelis CM van der, Vlasveld MC, Adèr HJ, van Marwijk HWJ, Hakkaart-van Rooijen L, Huijbregts KML, e.a. Collaborative care in Nederland. Eindrapport van het Depressie Initiatief. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
- Feltz-Cornelis CM van der, Volker D, de Heer E. Routine outcome monitoring – ontwikkelingen in de GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
- Hees van S, van der Vlist P, Mulder CL. ROM van weten naar meten; ROM in de GGZ. Amsterdam: Boom; 2011.
- Hemert AM van. Lichamelijke Klachten Vragenlijst. Leiden: Leids Universitair Medisch Centrum; 2003.
- De Jong K. De rol van de behandelaar: de vergeten factor in ROM. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 2:197-201.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606-13.
- Laane R, Luijk R. ROM en positie van de zorgverzekeraars. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 135-9.
- Noom MJ, de Jong K, Tiemens B, Kamsteeg F, Markus MT, Pot AM, e.a. Routine outcome monitoring en benchmarking: hoe kunnen we behandelresultaten op een zorgvuldige manier vergelijken? *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 141-7.
- Van Os J van, Kahn R, Denys D, Schoevers RA, Beekman ATF, Hoogendijk WJG, e.a. ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 245-53.
- Raue PJ, Schulberg HC, Heo M, Klimstra S, Bruce ML. Patients' depression treatment preferences and initiation, adherence, and outcome: a randomized primary care study. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 337-43.
- Rijckmans MJN, Bongers IMB, Garretsen HFL, van de Goor LAM. A clients' perspective on demand-oriented and demand-driven health care. *Int J Soc Psychiatry* 2007; 53: 48-62.
- Schenker Y, Fernandez A, Sudore R, Schillinger D. Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: a systematic review. *Med Decis Making* 2011; 31: 151-73.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1092-7.
- Staveren R van. Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. Patiëntgerichte

communicatievaardigheden. Ned Tijdschr Geneeskd 2011; 155: A3777.

- Stinckens N, Smits D, Claes L, Soenen S. Zinvol 'rommen': zoeken naar een even-

wicht tussen gebruiksvriendelijkheid en klinische relevantie. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 161-7.

- Towle A, Godolphin W. Framework for

teaching and learning informed shared decision making. BMJ 1999; 319: 766-71.

- Zitman FG. Achteraf bekeken. Afscheidscollege LUMc, Leiden, 3 november 2011.

SUMMARY

Does routine outcome monitoring have a promising future? An investigation into the use of shared decision-making combined with ROM for patients with a combination of physical and psychiatric symptoms

C.M. VAN DER FELTZ-CORNELIS, H. ANDREA, E. KESSELS, H.J. DUIVENVOORDEN, H. BIEMANS, M. METZ

BACKGROUND Although routine outcome monitoring (ROM) has been developed and widely used in the course of patient centered outcome research in the Netherlands, so far the technique has hardly ever been used to improve the treatment of individual patients.

AIM To describe how a ROM technique based on the principles of shared decision-making (SDM) was developed and evaluated at the Center for Body, Mind and Health at GGZ Breburg, a specialised mental health institution in the Netherlands.

METHOD We have developed a conceptual model for SDM that involves patient participation and the use of evidence-based decision-aids with cut-off scores.

RESULTS According to the conceptual model for SDM that we developed, the patient and the health professional involved took 'shared' decisions in three phases; the decisions related to triage, the drawing-up of a treatment plan and a follow-up treatment course. At the end of the 6 month intake-phase 7 of the 67 patients who were deemed eligible for ROM/SDM were dropped from the study because they were incapable of performing ROM assessments. Due to diagnostic advice and referral at the end of the intake-phase, 25 patients did not require further treatment. Of the remaining 35 patients, 33 delivered at least one follow-up ROM assessment during the subsequent treatment phases. In these patients somatic and psychiatric symptoms were found to be significantly reduced.

CONCLUSION ROM combined with SDM can be used successfully with patients who have a combination of physical and psychiatric symptoms and the technique can be applied by the professional in charge. Very few patients dropped out of the follow-up measurements and somatic as well as depressive or psychiatric symptoms diminished significantly. These findings indicate that a Randomised Clinical Trial is warranted in order to test the effectiveness of SDM combined with ROM as a decision-making instrument.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)6, 375-384

KEY WORDS blended E-health, implementation, shared decision-making, ROM