

ROM als tomtom: als routine outcome monitoring echt routine zou zijn

B.G. TIEMENS, M. VAN SONSBEK

- ACHTERGROND** Om het gebruik van ROM in de behandeling te bevorderen is er meer aandacht voor implementatiestrategieën dan voor de daadwerkelijke functie van ROM.
- DOEL** De vraag beantwoorden wat ROM de behandelaar en cliënt moet opleveren om routine te kunnen worden.
- METHODE** De functie van ROM bespreken aan de hand van literatuur.
- RESULTATEN** Kern van ROM is het signaleren dat een cliënt niet goed reageert op de behandeling. Daarvoor is het nodig dat ROM: 1. op elk moment voorspelt of op basis van de huidige route de bestemming wordt gehaald; 2. op cruciale momenten juiste en betekenisvolle informatie geeft om keuzes te maken over de weg naar die bestemming; 3. zodanig is ingebouwd dat het systeem routinematig te gebruiken is en vanzelf 'aan' gaat als de behandeling start.
- CONCLUSIE** ROM, lijkt te moeten voldoen aan de eigenschappen van een tomtom.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)8, 489-493

TREFWOORDEN ROM, routine outcome monitoring



ARTIKEL



Afgelopen jaren is er veel geïnvesteerd in de implementatie van routine outcome monitoring (ROM), maar met het daadwerkelijk gebruik ervan in de behandeling wil het nog niet zo vlotten (Nuijen e.a. 2015). Hoewel Wampold (2015) beschrijft dat ROM volwassen aan het worden is en hij het de 'most noteworthy advance in psychotherapy in the last 25 years' noemt, laat de laatste meta-analyse geen effect van ROM zien op de uitkomsten van de behandeling (Kendrick e.a. 2016). Moeten we dan maar stoppen met ROM? Nee, want er zitten nuances verborgen in de algemene conclusie van de meta-analyse die juist de kern van ROM raken.

De eerste nuance, ook al bekend uit eerdere reviews en meta-analyses, is de bevinding dat ROM vooral meerwaarde heeft bij cliënten die niet goed reageren op de behandeling. Dit worden 'not-on-track'(NOT)-behandelingen genoemd. De tweede nuance is dat bij cliënten bij wie de behandeling 'on-track' (OT) is, behandelingen met ROM weliswaar niet effectiever zijn, maar wel iets korter. De derde nuance gaat over de implementatiegraad van ROM. Die is niet apart onderzocht in de meta-analyse, maar er wordt opgemerkt dat in de studie waarin onderzoekers wel een positief effect

van ROM vonden (Amble e.a. 2014), er sprake was van een hoge mate van commitment van de behandelaars.

De invloed van de mate van het gebruik van ROM op het behandelresultaat is al beschreven door De Jong e.a. (2012) en wordt opnieuw geïllustreerd in een recente studie van Bickman e.a. (2016). Op basis van een implementatie-index werd een dosis-responseeffect gevonden: naarmate de implementatie-index hoger was, was ook het effect van ROM in de praktijk hoger. Dit pleit voor meer aandacht voor implementatiestrategieën. Deze zijn echter in de Nederlandse literatuur al veelvuldig langs gekomen, maar alleen de respons van het meten (OM) is toegenomen, terwijl van routine (R) in het gebruik nog geen sprake is. De vraag is wat ROM de behandelaar en cliënt zou moeten opleveren om routine te kunnen worden en niet in de waan van de dag te sneuvelen. Deze vraag leidt ons niet naar nieuwe implementatiestrategieën, maar naar de functie van ROM.

De functie van ROM: feedback

In onderzoek van het Trimbos-instituut noemden Nuijen e.a. (2015) het gebrek aan klinische bruikbaarheid als

belangrijkste obstakel voor het gebruik van ROM. Dit gebrek aan bruikbaarheid gaat vaak over de meetmomenten en aard van de instrumenten, maar weinig over de betekenis of de wijze waarop een instrument 'sturend kan zijn in de behandeling' (Hafkenscheid & Van Os 2016). Wat voegt een meting toe? Met andere woorden: krijgt met zo'n meting de behandelaar beter inzicht in het beloop en de afloop van de behandeling?

De kern en de meerwaarde van ROM is het signaleren dat een cliënt niet goed reageert op de behandeling, dus dat de behandeling 'NOT' is. 'NOT' wil zeggen dat met bepaalde empirisch vastgestelde rekenregels op basis van de voortgang op dat moment, is vastgesteld dat de klachten van de cliënt aan het eind van de behandeling niet of onvoldoende verbeterd zullen zijn. ROM gaat dus over feedback, aanvullend op wat de cliënt in het gesprek met de behandelaar antwoordt op de vraag hoe het gaat en of het beter gaat. Feedback heeft niet zoveel zin als niet duidelijk is wat 'beter' is voor de cliënt en waar behandelaar en cliënt naar toe werken in de behandeling. Volgens Kluger en DeNisi (1996) maakt men in feedback een vergelijking tussen de huidige situatie en het nagestreefde doel. Lutz e.a. (2009) formuleren deze vergelijking in feedback nog wat preciezer door de huidige situatie te koppelen aan de verwachte afloop van de behandeling en die te vergelijken met het doel. Dit gebeurt in Nederland nog nauwelijks. Of een cliënt goed reageert op de behandeling stellen we in de ggz veelal vast aan de hand van enigszins arbitraire maten zoals de *reliable change index* (RCI) (Hafkenscheid & Van Os 2016). Hiermee wordt aangegeven of een cliënt statistisch gezien verbeterd is, zonder dat daarmee de vraag is beantwoord of de cliënt 'beter' is in termen van behandeldoelen. Als we Lutz volgen in zijn omschrijving van wat de feedback uit ROM de behandelaar moet vertellen, zou ROM moeten voldoen aan de eigenschappen van een goede ingebouwde routeplanner:

1. op elk moment voorspellen of we op basis van de huidige route de bestemming (op tijd) zullen halen;
2. op cruciale momenten de juiste en betekenisvolle informatie geven die nodig is om keuzes te maken om de bestemming te bereiken;
3. de feedback is zodanig ingebouwd dat het systeem uitnodigt tot routinematig gebruik en vanzelf 'aangaat' als de behandeling start.

ROM als tomtom

VOORSPELLEND VOOR DE UITKOMST

Feedback is altijd gekoppeld aan doelen (Hafkenscheid & Van Os 2014). Zonder doelen wordt feedback betekenisloos en stuurloos. Doelen in dossiers zijn vaak slordig en vaag geformuleerd: behandelaars onderschatten het belang van

AUTEURS

BEA TIEMENS, hoogleraar, Radboud Universiteit, senior onderzoeker Pro Persona Research, programmaleider onderzoek Indigo.

MAARTJE VAN SONSBEEK, GZ-psycholoog, Indigo Gelderland en FACT Jeugd Pro Persona, promovenda, Pro Persona Research.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof.dr. B.G. Tiemens, Pro Persona Research,
Gebouw De Bogen, Wolfheze 2, 6874 BE Wolfheze.
E-mail: b.tiemens@propersona.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-2-2017.

het stellen van doelen en het krijgt weinig aandacht in bijvoorbeeld opleidingen (Tiemens e.a. 2010). ROM kan helpen bij de concretisering van doelen. Behandelaar en cliënt kunnen persoonlijke doelen formuleren, maar ze kunnen doelen ook formuleren in termen van een streefscore op het meetinstrument (Verbraak e.a. 2015). In richtlijnen en zorgprogramma's zou daar meer aandacht voor moeten zijn. Nu veronderstelt men dat de behandel-doelen veelal bekend zijn, maar is in feite niet duidelijk wanneer een behandeling afgesloten kan worden. De verkorting van on-trackbehandelingen door gebruik van ROM heeft mogelijk te maken met het concretiseren van het eind van de behandeling met een streefscore.

De koppeling van de momentenscore aan de streefscore geeft ook aan wanneer behandelaar en cliënt de insteek van een behandeling moeten heroverwegen. Meerdere studies laten een sterke relatie laten zien tussen de voortgang in het begin van de behandeling en de uiteindelijke uitkomst (o.a. Lutz e.a. 2014; Schibbey e.a. 2014; Tiemens e.a. 2016). Grofweg zien we dat een slecht begin een slechte uitkomst voorspelt en een goed begin een goede uitkomst, hoewel aard en gevoeligheid van het meetinstrument en de momenten waarop men meet van invloed zijn op de voorspellende waarden (Schibbey e.a. 2014). Met de huidige geautomatiseerde systemen voor ROM zouden we deze voorspellende waarde van de momentenscores in het begin van de behandeling veel beter kunnen gebruiken (Bickman e.a. 2012).

INHOUDELIJK BETEKENISVOL

Om ROM te kunnen gebruiken als hulpmiddel bij het 'navigeren' naar het behandelgoal, is op cruciale momenten de juiste informatie nodig. De vraag is wat cruciale momenten zijn. De meeste ggz-aanbieders nemen ROM op

standaardmomenten af, bijvoorbeeld elke drie maanden, om aan de landelijke verplichtingen te voldoen. Maar zijn dit ook de cruciale momenten in de behandeling? Bij korte behandelingen zoals in de basis-ggz is een meting drie maanden na de start van de behandeling meestal veel te laat om de uitkomst te gebruiken om van koers te veranderen. Maar ook in de specialistische ggz vallen die drie maanden dikwijls niet samen met het evaluatiemoment in bijvoorbeeld een protocol. Schibbey e.a. (2014) vonden dat vier weken het cruciale moment was in geprotocolleerde behandelingen. Dat moment was het meest voorspellend voor de behandeluitkomst, waarbij de diagnosespecifieke instrumenten meer voorspellend waren dan de generieke instrumenten.

We moeten het navigeren met ROM-informatie ook goed communiceren. Niet alleen door het systeem waarmee geromd wordt, maar ook door de behandelaar en cliënt onderling. Het gebruiken van ROM in gedeelde besluitvorming (*shared decision-making*) (Metz e.a. 2015) garandeert een inbedding in de behandeling, maar zet de cliënt nog wel op de passagiersstoel. Directe feedback aan de cliënt geeft de cliënt wat meer het stuur in handen, hoewel dit de effectiviteit op klachtniveau nauwelijks lijkt te verhogen (Kendrick e.a. 2016), maar mogelijk wel op andere uitkomsten. Over de effectiviteit van de verschillende vormen van feedback, zoals met of zonder grafieken, geschreven of mondeling, is wel al het een en ander bekend (Sonsbeek e.a. 2014). De inhoud van de feedback vereist echter altijd afstemming met de gebruikers.

INGEBOUWD IN PROCESSEN

Zoals gezegd, sluiten de meetmomenten en instrumenten van de huidige ROM vaak niet goed aan bij de dagelijkse

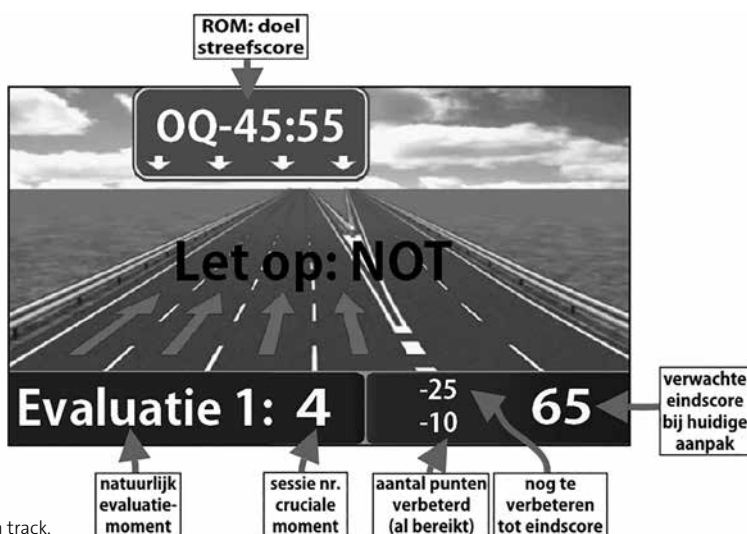
behandelpraktijk, om van predictie maar niet te spreken. Bij Pro Persona wisten we met de inzet van zogenaamde ROM-coalities die in elk team de processen onder de loep namen, in 2013 de respons meer dan te verdubbelen. Vergelijkbare resultaten zien we in de teams die deelnamen aan het landelijke Doorbraak-project (<https://doorbraakrom.trimbos.nl/resultaten-doorbraak-rom>). Maar bijna nergens is ROM volledig ingebouwd in het 'behandel-dashboard'. Het kost te veel moeite om 'de tomtom uit zijn hoesje te halen'.

Zowel internationaal (Gleacher e.a. 2016) als nationaal (de Jong 2012; 2014) beschrijft men obstakels bij de implementatie van ROM. Deze obstakels variëren van praktische zaken zoals gebrek aan tijd, de organisatie, feedback die niet tijdig voor cliënt en behandelaar beschikbaar is en gebrek aan vaardigheden bij de behandelaar bij het interpreteren en bespreken van de resultaten, tot persoonskenmerken van de behandelaar. Toch lijken de obstakels minder belangrijk dan de actieve stimulering en supervisie door de dagelijkse leiding (Gleacher e.a. 2016). Onze geautomatiseerde ROM-systemen, al dan niet gekoppeld aan het elektronisch patiëntendossier, zijn dus niet voldoende als er geen directe ondersteuning in het proces aanwezig is.

ROM op weg naar routine

Het verkrijgen van routine gaat over gedragsverandering. Alle bijbehorende theorieën en modellen zijn zinloos als we niet de essentie van ROM voor ogen houden. Als een eenvoudig te bedienen navigatiesysteem moet ROM op cruciale momenten in de behandeling aangeven of en hoe waarschijnlijk het is dat we de doelen gaan halen bij een voortzetting van de behandeling op de ingeslagen weg (FIGUUR 1). Behandelaar en cliënt kunnen pas dan samen

FIGUUR 1 Illustratie van elementen die helpen om ROM tot een navigatiesysteem te ontwikkelen



NOT = not on track.

onderbouwde keuzes maken. Een ideale ROM vereist technische verbeteringen in de meeste applicaties, maar kan met simpele aanpassingen al voor een deel in beeld komen. Helpend kan zijn om:

- a. voorafgaand aan de behandeling gestandaardiseerde ROM-doelen vast te stellen, naast persoonlijk geformuleerde doelen;
- b. ROM-meetmomenten te laten samenvallen met natuur-

lijke evaluatiemomenten in de behandeling, en bij voorkeur met cruciale voorspellende momenten;

- c. feedback direct te koppelen aan doelen in voorbehandelaar en cliënt begrijpelijke verbale of grafische vorm. Zelfs als er dan nog obstakels op de weg zijn, is de route naar de bestemming in ieder geval overzichtelijker en mogelijk ook korter.

LITERATUUR

- Amble I, Gude T, Stubdal S, Andersen BJ, Wampold BE. The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: a multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychother Res* 2014; 24: doi:10.1080/10503307.2014.928756.
- Bickman L, Douglas SR, De Andrade ARV, Tomlinson M, Gleacher A, Loin S, Hoagwood K. Implementing a measurement feedback system: a tale of two sites. *Adm Policy Ment Health* 2016; 43: 410-25.
- Gleacher AA, Olin SS, Nadeem E, Pollock M, Ringle V, Bickman L, e.a. Implementing a measurement feedback system in community mental health clinics: a case study of multilevel barriers and facilitators. *Adm Policy Ment Health* 2016; 43: 426-40.
- Hafkenscheid A, van Os J. ROM van geïndividualiseerde behandeldoelen. *PsychoPraktijk* 2014; 6: 29-32.
- Hafkenscheid A, van Os J. Wat ieder die betrokken is bij ROM zich over de metingen moet realiseren. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 388-96.
- Jong K de, Van Sluis P, Nugter MA, Heiser WJ, Spinhoven P. Understanding the differential impact of outcome monitoring: therapist variables that moderate feedback effects in a randomized controlled trial. *Psychother Res* 2012; 22: 464-74.
- Jong K de. Deriving implementation strategies for outcome monitoring feedback from theory, research and practice. *Adm Policy Ment Health* 2014; 43: 292-6.
- Kendrick T, El-Gohary M, Stuart B, Gilbody S, Churchill R, Aiken L, e.a. Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 7: CD011119.
- Lutz W, Stulz N, Martinovich Z, Leon S, Saunders SM. Methodological background of decision rules and feedback tools for outcomes management in psychotherapy. *Psychother Res* 2009; 19: 502-10.
- Lutz W, Hofmann SG, Rubel J, Boswell JF, Shear MK, Gorman JM, e.a. Patterns of early change and their relationship to outcome and early treatment termination in patients with panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 2014; 82: 287-97.
- Metz MJ, Franx GC, Veerbeek MA. Shared Decision Making in mental health care using Routine Outcome Monitoring as a source of information: a cluster randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2015; doi: 10.1186/s12888-015-0696-2.
- Nuijen J, Wijngaarden B van, Veerbeek M, Franx G, Meeuwissen J, Bon-Martens M van. Implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk in de GGZ. Een landelijke meting van de implementatiegraad en een verdieping aan de hand van praktijksituaties. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
- Schibbye P, Ghaderi A, Ljótsson B, Hedman E, Lindefors N, Rück C, e.a. Using early change to predict outcome in cognitive behaviour therapy: exploring timeframe, calculation method, and differences of disorder-specific versus general measures. *PLOS ONE* 2014; doi: 10.1371/journal.pone.0100614.
- Sonsbeek AMS van, Hutschemaekers GJM, Veerman JW, Tiemens BG. Effective components of feedback from Routine Outcome Monitoring (ROM) in youth mental health care: study protocol of a three-arm parallel-group randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2014; doi: 10.1186/1471-244X-14-3.
- Tiemens B, Reijs M, Sonsbeek M van, Hutschemaekers G. Het doel heiligt het middel. Een hulpmiddel bij het stellen van evalueerbare behandeldoelen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2010; 10: 785-97.
- Tiemens B, Böcker K, Kloos M. Prediction of treatment outcome in daily generalized mental healthcare practice: first steps towards personalized treatment by clinical decision support. *European Journal of Person Centered Healthcare* 2016; 4: 24-32.
- Verbraak M, Theuws S, Verdellen C. ROM en benchmarken. Een voorbeeld van een geïntegreerde aanpak. *Directieve therapie* 2015; 35: 115-31.
- Wampold BE. Routine Outcome Monitoring: Coming of age – With the usual development challenges. *Psychotherapy* 2015; 52: 458-62.

SUMMARY

ROM as a GPS navigation system: how can ROM be used routinely in treatment procedures?

B.G. TIEMENS, M. VAN SONSBEEK

BACKGROUND Routine outcome monitoring (ROM) is becoming an integral part of many treatment procedures. In order to promote the use of ROM in such procedures attention needs to focus more on the functions of ROM than on implementation strategies.

AIM To clarify what functions ROM must be able to perform for the clinician and client if it is to be used routinely.

METHOD We discuss the functions of ROM as described in the literature.

RESULTS The fundamental role of ROM is to signal that the client is not responding satisfactorily to treatment. Therefore, ROM has to perform three main functions: 1. predict, at any moment, whether the goal will be reached via the current route; 2. provide, at crucial moments, correct and meaningful information about what options are available that will make it easier to achieve the desired goals; 3. integration - in such a way that the system can be used routinely and will switch on automatically when treatments starts.

CONCLUSION ROM seems to be able to provide a range of functions that are urgently required by clinicians and their clients.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)8, 489-493

KEY WORDS implementation, prediction, routine outcome monitoring