

Meten van naleving van richtlijnen en behandelkwaliteit met data van routine outcome monitoring

E.M. VAN FENEMA

- ACHTERGROND** Richtlijnen zijn niet meer weg te denken in de behandeling van psychiatrische aandoeningen, maar het is onvoldoende duidelijk in welke mate patiënten in de dagelijkse praktijk profiteren van deze behandelingen.
- DOEL** Meten in welke mate richtlijnen in de klinische praktijk bij poliklinische patiënten met een stemmings-, angst- of somatoforme stoornis toegepast worden, met een stoornisonafhankelijke set procesindicatoren en de klinische en psychosociale correlaten van adherentie.
- METHODE** We ontwikkelden een set kwaliteitsindicatoren en testten deze gedurende drie jaar in een random geselecteerd cohort van 300 patiënten die in aanmerking kwamen voor behandeling voor een stemmings-, angst- of somatoforme stoornis bij polikliniek Rijnveste, GGZ Rivierduinen. We gebruikten data uit routine outcome monitoring (ROM) om risicofactoren voor non-adherentie te bepalen en om patiënten te identificeren die het risico lopen op een negatieve behandeluitkomst.
- RESULTATEN** De meeste indicatoren voor adherentie waren in hoge mate positief: veel elementen van de behandeling werden volgens de richtlijnen uitgevoerd. Op twee belangrijke indicatoren was er een significant lagere score bij gecombineerde behandeling ten opzichte van alleen farmacotherapie of alleen psychotherapie. Lage therapietrouw werd onafhankelijk voorspeld door een lage score op de subschaal vitaliteit van de SF-36. Er werden geen significante verschillen in sociodemografische variabelen, comorbiditeit en scores op de BSI-subschalen gevonden wat betreft de mate van adherentie. Voorspellers voor slechte behandeluitkomsten waren o.a. een hogere leeftijd, een comorbide as I-diagnose, disfunctionele persoonlijkheidskenmerken en een lage gerapporteerde algemene gezondheidstoestand.
- CONCLUSIE** Evaluatie van de naleving van richtlijnen is goed uitvoerbaar met onze set procesindicatoren. Belemmerende factoren wat betreft adherentie werden adequaat opgespoord. Inzicht in factoren die therapietrouw beïnvloeden, kan helpen om het niet-naleven te voorkomen en draagt bij aan kwaliteitsverbetering van de zorg, alsmede kosteneffectiviteit.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)3, 159-165

TREFWOORDEN implementatie, indicatoren, klinische praktijk, richtlijnen, routine outcome monitoring, stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen



In de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt de meerderheid van de patiënten behandeld voor stemmings-, angst- en/of somatoforme stoornissen (sas), in principe volgens evidence-based richtlijnen. Deze richtlij-

nen worden toegepast met als doel het optimaliseren van farmacologische en psychologische behandelingen. Gegevens over de daadwerkelijke toepassing van deze richtlijnen in de dagelijkse klinische praktijk en behandel-

uitkomsten zijn echter tot op heden zeer schaars. Ook onderzoek naar patiënt- en therapeutfactoren die de toepassing van richtlijnen bij SAS beïnvloeden, is zeer beperkt. Een gecontroleerde behandelstudie van eigen bodem door Van Dijk e.a. (2015) laat zien dat behandeling volgens de richtlijnen van angststoornissen versus ‘normale’ behandeling leidde tot betere behandeluitkomsten en kortere behandelduur.

Reeds in 2006 hielden we een enquête bij de raden van bestuur van alle grote Nederlandse ggz-instellingen met als doel een beeld te krijgen van de veronderstelde mate van toepassing van richtlijnen in de dagelijkse ggz-praktijk. Ook wilden we met deze enquête inventariseren of de mate van toepassing van de richtlijnen volgens gestandaardiseerde procedures werd onderzocht. De meeste ggz-instellingen gaven aan dat ze in de praktijk wel evidence-based richtlijnen gebruikten, maar geen van de instellingen kon gestandaardiseerde data overleggen over de mate waarin richtlijnen daadwerkelijk werden toegepast in de dagelijkse behandelpraktijk. De meeste instituten erkenden dan ook dat hun antwoord niet zozeer gebaseerd was op feitelijke gegevens, maar eerder op schattingen.

Een instrument om de mate van toepassing van richtlijnen te meten bleek niet te bestaan (Van Fenema e.a. 2006). Recente literatuurstudie laat zien dat er in de afgelopen tien jaar helaas weinig significant bijdragend onderzoek is gepubliceerd om beter zicht te krijgen op de door ons gestelde vragen naar de implementatie van richtlijnen in de ggz.

Het onderzoek naar deze onderwerpen wordt in belangrijke mate belemmerd door het gebrek aan betrouwbare, valide en makkelijk te gebruiken indicatoren om de mate waarin richtlijnen in de klinische praktijk worden toegepast te bepalen.

In het proefschrift ‘Treatment quality in times of ROM’ worden de ontwikkeling en de toepassing beschreven van een set betrouwbare, valide en eenvoudig toe te passen indicatoren voor de mate van toepassing van richtlijnen bij de behandeling van patiënten met stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen in GGZ Rivierduinen (Van Fenema 2016).

In dit proefschrift onderzochten we de volgende vragen:

1. Welke patiënten laten na twee jaar behandeling volgens de richtlijnen onvoldoende behandelrespons zien?
2. Is het mogelijk om een indicatorenset te ontwikkelen en te testen om de mate van toepassing betrouwbaar te meten?
3. Welke patiënt- en therapeutfactoren beïnvloeden de mate van toepassing van de richtlijnen?

AUTEUR

ESTHER M. VAN FENEMA, psychiater, afd. Psychiatrie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. E.M. van Fenema, afd. Psychiatrie, Leids Universitair Medisch Centrum, Postzone B1-P, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.
E-mail: e.m.vanfenema@lumc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-1-2017.

METHODE

Setting

Rivierduinen is een regionale ggz-instelling met een verzorgingsgebied van circa 1 miljoen inwoners. De zorgprogramma's zijn ontwikkeld in nauwe samenwerking met de afdeling Psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en vanaf 2002 geleidelijk binnen alle onderdelen van Rivierduinen geïmplementeerd.

Het werken volgens richtlijnen en het gestandaardiseerd meten van behandeluitkomsten (*measurement-based care* op basis van routine outcome monitoring) zijn inmiddels een vast onderdeel van de zorgprogramma's bij GGZ Rivierduinen (De Beurs e.a. 2007). De multidisciplinaire richtlijnen zijn gebruikt bij het opzetten van zorgprogramma's waarin de volgordes en keuzes van behandelingen en metingen verder zijn uitgewerkt en vastgelegd. De zorgprogramma's van GGZ Rivierduinen zijn opgezet volgens het principe van *stepped care*. Hierbij wordt in eerste instantie de minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling toegepast. Als deze stap of module onvoldoende effect heeft, gaat men over op de volgende module, meestal een intensievere en duurdere vorm van behandelen.

De verschillende behandelstappen binnen de zorgprogramma's zijn ook samengevat in beslisbomen, die via internet en intranet beschikbaar zijn voor patiënten en behandelaren (www.lumc.nl). Voor de inrichting van de verschillende stappen (zoals de dosering van een in de behandelstap genoemde serotonineheropnameremmer) is tot nu toe verwezen naar de (multidisciplinaire) richtlijnen.

Diverse interventies hebben plaatsgevonden om implementatie succesvol te laten verlopen: online beschikbaar zijn van de zorgprogramma's, educatieve conferenties, participatie van de behandelaren bij het aanpassen en

verbeteren van de zorgprogramma's, auditing en feedback en uitgebreide personele ondersteuning.

Routine outcome monitoring

Alle patiënten met een stemmings-, angst- en/of somatoforme stoornissen en voldoende beheersing van de Nederlandse taal komen in aanmerking voor het meten van behandeluitkomsten, routine outcome monitoring (ROM). Het effect van de behandeling wordt op drie niveaus gemeten: toegenomen algemeen welbevinden, reductie van symptomen en een verbetering in het functioneren. Het meten gebeurt met zelfrapportagevragenlijsten die de patiënt invult en met beoordelingsschalen die speciaal getrainde testverpleegkundigen afnemen. Deze testverpleegkundigen meten bij de patiënten periodiek allerlei aspecten van hun psychisch en sociaal functioneren. Er is bij de vragenlijsten onderscheid gemaakt tussen generieke en stoornisspecifieke instrumenten. Generieke, zoals de *Brief Symptom Inventory* (BSI) worden aan alle patiënten, ongeacht hun stoornis, aangeboden (Derogatis 1975). Voor elke stoornis zijn er ook specifieke meetinstrumenten toegevoegd die alleen worden aangeboden indien een patiënt de betreffende stoornis heeft. Tijdens de eerste meting wordt de diagnostische status van de patiënt vastgesteld met een gestandaardiseerd interview: *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI-plus; Sheehan e.a. 1998).

Voor het afnemen van de vragenlijsten, het berekenen van uitslagen, het rapporteren van verandering over de tijd en het beheer van de data wordt gebruikgemaakt van Questmanager, webbased software die in eigen beheer is ontwikkeld. ROM wordt toegepast om de effectiviteit van individuele behandelingen te meten en met de geaggregeerde data kunnen uitspraken gedaan worden over de effectiviteit van bepaalde behandelingen en de kwaliteit van zorg. De data zijn in potentie ook uiterst bruikbaar voor het doen van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek (De Beurs e.a. 2007).

RESULTATEN

Patiënten met onvoldoende behandelrespons

Vraag 1: welke patiënten laten na twee jaar behandeling volgens de richtlijnen onvoldoende behandelrespons zien?

Allereerst onderzochten we welk percentage van de poliklinische patiënten na een periode van twee jaar onvoldoende respons liet zien op behandelingen die verondersteld worden volgens de richtlijnen te zijn uitgevoerd, en wat de karakteristieken van deze patiënten zijn. Veel patiënten herstelden uiteraard binnen twee jaar. Helaas hebben we geen informatie over de oorzaken die ertoe leidden dat patiënten uitvielen tijdens behandeling.

Exclusiecriteria voor onze studie waren lage ROM-scores bij aanvang van de behandeling, geen vervolg-ROM of ontbrekende gegevens. In het eerste cohort excludeerden we 69% en in het tweede cohort 53,1%. Onvoldoende respons op behandeling werd gedefinieerd als < 50% afname van klachten op de BSI of een afname van ≥ 3 punten op de *Clinical Global Impression Severity Scale* (CGI-S) De BSI- en de CGI-S-data werden verzameld in het kader van ROM en wij includeerden patiënten met SAS bij wie ten minste twee metingen waren uitgevoerd.

De analyses werden eerst uitgevoerd op gegevens verzameld tussen 2004 en 2006 bij een cohort van 892 volwassen patiënten. De bevindingen werden gerepliceerd in een cohort van 1392 patiënten met SAS die behandeld werden in de periode 2007 tot 2009.

We vonden dat een slechte behandelrespons na twee jaar werd voorspeld door een hogere leeftijd, aanwezigheid van een somatoforme stoornis, comorbide SAS, disfunctionele persoonlijkheidskenmerken (neiging tot zelfbeschadiging, intimiteitsproblemen en affectieve labiliteit), en een lage algemene gezondheidstoestand. Aangezien een groot aantal patiënten onvoldoende bleek te herstellen, ondanks veronderstelde behandeling volgens de richtlijnen, was onderzoek naar de mate van toepassing van die richtlijnen gerechtvaardigd (van Noorden e.a. 2012).

Metten van toepassing richtlijnen

Vraag 2: is het mogelijk om een indicatorenset te ontwikkelen en te testen om de mate van toepassing betrouwbaar te meten?

TOEPASSING RICHTLIJNEN

Wij ontwikkelden en valideerden een set indicatoren om te toetsen in welke mate richtlijnen bij de behandeling van patiënten met SAS toegepast worden. Hiervoor gebruikten we de Nederlandse multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van unipolaire stemmingsstoornis, angststoornissen en somatoforme stoornissen (TABEL 1).

Met deze set indicatoren onderzochten we retrospectief de toepassing van de richtlijnen bij 300 poliklinische patiënten met SAS die behandeld werden in de periode 2004-2006 in Rijnveste, GGZ Rivierduinen te Leiden. We includeerden van elk jaar de eerste 100 patiënten die startten met farmacotherapie, psychotherapie of een combinatie van beide. Scores op de meeste indicatoren varieerden van redelijk tot goed over de drie verschillende jaren. De indicator voor het afnemen van ROM liet een stijging zien in het uitvoeren van ROM, waarschijnlijk de vrucht van daarop gerichte interventies.

Op de indicatoren 'ROM-follow-upmetingen' en 'frequentie van de psychotherapeutische sessies' werd echter in vergelijking met de andere indicatoren significant slechter gescoord. De keuze van een gemiddelde frequentie van één

TABEL 1 Gebruikte indicatoren om te toetsen in welke mate richtlijnen bij de behandeling van patiënten met stemmings-, angst- of somatoforme stoornis toegepast worden

Algemene indicatoren:

- De combinatie van DSM-IV-diagnose en de toegepaste behandelstap is conform de richtlijn
- De toegepaste behandelstap is volgens het principe van *stepped care*

Routine outcome monitoring:

- Routine outcome monitoring in de diagnostische fase
- Routine outcome monitoring in de therapeutische fase

Farmacotherapie:

- Duur is ten minste 6 weken
- De minimale adequate dosis is voorgeschreven

Psychotherapie:

- Duur is ten minste 12 weken
- De frequentie is ten minste 1 sessie per anderhalve week

maal per anderhalf week volgde uit een consensusbespreking en was al minder stringent dan in richtlijnen en protocollen vermeld staat. Hoewel de meeste gerandomiseerde en gecontroleerde psychotherapiestudies een wekelijkse frequentie hanteren, is het mogelijk dat een lagere frequentie in de dagelijkse praktijk realistischer is en tot vergelijkbare resultaten leidt.

In de literatuur zijn er inderdaad aanwijzingen te vinden dat een ‘gedoseerde’ aanpak, waarbij een bepaald aantal sessies binnen een bepaalde periode moet zijn gevolgd, ook effectief is (Craske e.a. 2006). Dit zou kunnen passen bij de constatering in ons onderzoek dat de frequentie van de psychotherapie over de loop van de jaren lijkt toe te nemen, maar dat de minimale duur van de psychotherapie juist afneemt. Voor dit patroon zijn ook andere verklaringen denkbaar die bijvoorbeeld meer op het niveau van organisatie van de zorg liggen. Er zijn ons verder ook geen studies bekend waarin naar een minimale ‘dosering’ van effectieve psychotherapie gezocht is.

Deze studie liet zien dat onze set indicatoren gebruikt kan worden om toepassing van richtlijnen bij patiënten met SAS te onderzoeken en dat met de resultaten knelpunten in de toepassing kunnen worden geïdentificeerd (Van Fenema e.a. 2010).

BRUIKBAARHEID ADMINISTRatieve GEGEVENS

Ook onderzochten we of de routinematig verzamelde administratieve gegevens van poliklinische patiënten met SAS gebruikt kunnen worden om de toepassing van de richtlijnen te meten. We pasten onze set van indicatoren toe op administratieve data, verzameld in de periode januari 2009-april 2013. Bij deze administratieve dataset konden 5 van de 8 indicatoren gebruikt worden. Scores op de indicatoren lieten een grote variatie zien in de mate van toepassing van de richtlijn, variërend van 93,8% (duur van de farmacotherapie) tot 29,6% (frequentie van psychotherapie).

Eenvoudig beschikbare parameters in de administratieve dataset, zoals leeftijd, geslacht en diagnose, bleken voorspellend te zijn voor de mate van toepassing van richtlijnen. Jongere leeftijd was geassocieerd met een betere adherentie aan ROM en dit is in lijn met een studie van Forsner e.a. (2008), waarin net als bij ons uitkomsten van behandelingen standaard werden geëvalueerd. Leeftijd had geen invloed op de indicator die de duur van farmacotherapie bepaalde. Deze uitkomst was niet in lijn met de literatuur, aangezien een studie van Busch e.a. (2014) juist aantoonde dat oudere, blanke vrouwen meer kans hadden op adherentie.

Vergeleken met patiënten met een depressie hadden patiënten met een angst- of somatoforme stoornis meer kans op een suboptimale duur en frequentie van de psychotherapeutische behandeling en op het ontbreken van een ROM-meting bij aanvang van de behandeling (Van Fenema e.a. 2015). Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat patiënten met een depressie ernstiger ziek waren dan de patiënten met angst- en somatoforme stoornissen, waardoor het voor deze ziekere groep mogelijk lastiger was om naar poliafspraken te komen. Daarnaast kregen de patiënten met een depressie vaker een gecombineerde behandeling. Complexere behandelingschema's zouden negatief kunnen bijdragen aan het minder nakomen van afspraken.

Factoren bij toepassing richtlijnen

Vraagstelling 3: welke patiënt- en therapeutfactoren beïnvloeden de mate van toepassing van de richtlijnen?

Allereerst keken we of de behandelmodaliteit (farmacotherapie, psychotherapie of een combinatie) een factor kan zijn die invloed heeft op de toepassing van richtlijnen. Hiervoor gebruikten we dezelfde set procesindicatoren en dezelfde patiëntengroep (mate van toepassing van de richtlijnen bij 300 poliklinische patiënten met SAS, 2004-2006, Rijnveste, GGZ Rivierduinen).

Een opvallende uitkomst in deze studie was de significant lagere score op twee belangrijke indicatoren (toepassing van de juiste behandelmodule en *stepped care*) bij de gecom-

bineerde behandeling ten opzichte van alleen farmacotherapie of alleen psychotherapie (Van Fenema e.a. 2012). We vermoeden dat patiënten die een gecombineerde behandeling ondergaan complexere problemen hebben, waardoor behandelaars intuïtief eerder afwijken van de richtlijn omdat ze maatwerk willen leveren dat niet beschreven staat in de richtlijn.

Vervolgens onderzochten we de invloed van klinische en psychosociale patiëntfactoren, zoals gemeten met ROM, op de mate van toepassing van de richtlijnen. We gebruikten voor deze vraagstelling opnieuw hetzelfde cohort en uit de ROM selecteerden we de BSI, het *Sociaal Functioneren 36* (SF-36) en demografische variabelen. Met multivariabele regressieanalyse, identificeerden we onafhankelijke voorspellers voor de mate van toepassing van de richtlijnen.

Patiënten met lage scores op de vitaliteitssubschaal van de SF-36 hadden het hoogste risico om niet volgens de richtlijn behandeld te worden. Post-hocanalyse liet zien dat het hierbij vooral om patiënten ging die met psychotherapie waren behandeld. Er werd geen verband gevonden tussen de mate van behandeling volgens de richtlijnen en socio-demografische variabelen of comorbiditeit (Van Fenema e.a. 2012).

DISCUSSIE

De effectiviteit van richtlijnen in de ggz blijft tot op heden moeilijk om vast te stellen, aangezien er geen algemeen geaccepteerde standaard bestaat om de mate van toepassing vast te stellen in de klinische praktijk.

Om uiteindelijk het effect van richtlijnen op behandeluitkomsten te kunnen evalueren en de richtlijnen vervolgens te kunnen optimaliseren, is het van belang dat richtlijnen zorgvuldig en consequent worden toegepast en dat afwijken zorgvuldig wordt gedocumenteerd. Uit ons onderzoek blijkt dat vooral bij patiënten met vitaliteitsproblemen, meerdere aandoeningen tegelijkertijd en bepaalde persoonlijkheidskenmerken nogal eens wordt afgeweken van de richtlijnen zonder duidelijke argumenten. Juist bij deze groep patiënten is het noodzakelijk om de richtlijnen strikt toe te passen, zodat uiteindelijk duidelijk wordt waar de richtlijn 'niet past' en de zorg beter 'op maat' kan worden gemaakt.

Het karakteriseren van subpopulaties die risico lopen op onvoldoende toepassing van de richtlijn én van subgroepen die onvoldoende herstel vertonen ondanks het toepassen van de richtlijnen is een noodzakelijke stap in de implementatie en evaluatie van richtlijnen in de praktijk. Het koppelen van de behandeldata, patiëntkarakteristieken en behandeluitkomsten zou in de toekomst moeten bijdragen aan het optimaliseren van de zorgkwaliteit. *Personalised medicine*, stadiëring en profilering klinken aantrekkelijk, maar zijn pas mogelijk als we voldoende

inzicht hebben in de klinische praktijk: wat werkt wanneer en bij wie?


Er bestaat in het veld nog steeds weerstand tegen het gebruik van richtlijnen omdat behandelaars deze manier van behandelen als een keurslijf kunnen ervaren of aangeven dat de bestaande richtlijnen onvoldoende effectief zijn bij de eigen behandelpopulatie en dat eigen behandelervaring tot betere resultaten leidt. Afwijken van de richtlijnen mag echter alleen met de juiste argumentatie, aldus de KNMG, die dit uitgangspunt ook regelmatig hanteert bij tuchtzaken. Het kan zijn dat richtlijnen niet voldoende effectief zijn, maar dat weten we pas als we ze consequent toepassen en het afwijken zorgvuldig documenteren en onderzoeken.

Interessant onderzoek van Meehl (1996) laat daarbij zien dat mechanische besluitvorming nog altijd beter werkt dan die vanuit het individu en dat zelfs de expert het altijd aflegt tegen het algoritme, ook bij complexere besluitvorming.

Richtlijnen komen tot stand op basis van de uitkomsten van gerandomiseerd onderzoek met controlegroepen. Het is de vraag of deze onderzoeksgroepen een goede afspiegeling zijn van de patiënten in de dagelijkse praktijk. De inclusiecriteria dat deelnemers bijvoorbeeld niet suïcidaal mogen zijn of geen drugs mogen gebruiken tijdens een trial waarin een antidepressivum wordt onderzocht op effectiviteit, is vanuit een onderzoeksgedachte goed te verdedigen, maar leidt in de praktijk tot behandelingen die niet onderzocht zijn met een representatieve populatie. We hebben te maken met een discrepantie tussen werkzaamheid en effectiviteit van behandelingen. Van der Lem e.a. (2011) toonden aan dat de effecten van de behandeling van depressie met farmacotherapie in gerandomiseerde gecontroleerde studies (werkzaamheid) superieur zijn aan die in de dagelijkse praktijk (effectiviteit). Patiëntselectie kan een belangrijke rol spelen in de betere resultaten van RCT, aangezien minder gecompliceerde patiënten vaker in studies worden geïncludeerd dan in de dagelijkse praktijk behandeld worden. Een interessante factor die mogelijk een verklarende rol zou kunnen spelen bij de betere behandelresultaten van RCT's ten opzichte van de routinematige klinische praktijk zijn de extra inspanningen die leiden tot betere therapietrouw bij zowel patiënten als behandelaren (Van der Lem 2013).

De vraag is of we de richting van het onderzoek niet zouden moeten omdraaien en dus rijke informatie uit de praktijk zouden moeten gebruiken als dataset in plaats van sterk geselecteerde onderzoekspopulaties.

De complexiteit van de psychiatrische patiënt, niet in de laatste plaats door de interactie met de omgeving, vraagt soms om het beargumenteerd verlaten van de gebaande paden.

 Dit promotieonderzoek is uitgevoerd onder begeleiding van de promotoren prof. dr. F.G. Zitman en prof. dr. N.J.A. van der Wee, LUMC, Leiden.

LITERATUUR

- Busch SH, Leslie D, Rosenheck R. Measuring quality of pharmacotherapy for depression in a national health care system. *Med Care* 2004; 42: 532-42.
- Beurs E de, Zitman FG. Routine outcome monitoring. Het meten van therapie-effect in de klinische praktijk met webbased software. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2007; 62: 13-28.
- Craske MG, Roy-Byrne P, Stein MB, e.a. CBT intensity and outcome for panic disorder in a primary care setting. *Behavior Therapy* 2006; 37: 112-9.
- Derogatis LR. *The Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research; 1975.
- Dijk MK van, Oosterbaan DB, Verbraak MJ, e.a. Effectiveness of the implementation of guidelines for anxiety disorders in specialized mental health care. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 132: 69-80.
- Fenema EM van. Treatment quality in times of ROM [proefschrift]. Leiden: LUMC; 2016.
- Fenema EM van, van der Wee NJ, de Beurs E, e.a. Implementatie van zorgprogramma's in de behandelpraktijk: de stand van zaken. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2006; 61: 817-26.
- Fenema EM van, van der Wee NJ, Onstein E, Zitman FG. Zorgprogramma's in de dagelijkse praktijk: de mate van toepassing in de eerste behandel fase. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 299-310.
- Fenema EM van, van der Wee NJ, Bauer M, Witte CJ, Zitman FG. Assessing adherence to guidelines for common mental disorders in routine clinical practice. *Int J Qual Health Care* 2012; 24: 72-9.
- Fenema EM van, van der Wee NJ, Giltay EJ, den Hollander-Gijsman ME, Zitman FG. Vitality predicts level of guideline-concordant care in routine treatment of mood, anxiety and somatoform disorders. *J Eval Clin Pract* 2012; 18: 441-8.
- Fenema EM van, Giltay E, van Noorden, MS, van Hemert A, Zitman FG. Assessing adherence to guidelines with administrative data in psychiatric outpatients. *J Eval Clin Pract* 2015; DOI: 10.1111/jep.12414.
- Forsner T, Wistedt AA, Brommels M, Forssell Y. Approach to measure compliance to clinical guidelines in psychiatric care. *BMC Psychiatry* 2008; 6: 64.
- Lem R van der. Are depression trials generalizable to clinical practice? Something clinicians always wanted to know about RCTs but were afraid to ask [proefschrift]. Leiden: LUMC; 2013. p 130.
- Lem R van der, Wee NJ van der, Veen T van, Zitman FG. The generalizability of antidepressant efficacy trials to routine psychiatric out-patient practice. *Psychol Med* 2011; 41: 1353-63.
- Noorden MS van, van Fenema EM, van der Wee NJ, van Rood YR, Carlier IV, Zitman FG, e.a. Predicting outcomes of mood, anxiety and somatoform disorders: the Leiden routine outcome monitoring study. *J Affect Disord* 2012; 142: 122-31.
- Meehl P. Clinical versus statistical prediction: a theoretical analysis and a review of the evidence. Guilford: Echo Point Books; 1996.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, e.a. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 22-33.

SUMMARY

Assessment of guideline adherence and quality of care with routine outcome monitoring data

E.M. VAN FENEMA

BACKGROUND Treatment guidelines are widely used nowadays but it is not really clear whether or to what extent patients in routine care benefit from these guidelines.

AIM To achieve a twofold objective: to measure in a routine clinical setting, the overall level of adherence to clinical guidelines by using a set of process indicators that are independent of the disorder under study, and to measure the clinical and psychosocial correlates of adherence among outpatients suffering from mood, anxiety and somatoform disorders.

METHOD We developed a set of quality indicators and tested the set over a period of three years in a randomly selected sample of 300 outpatients who were about to receive treatment for a mood, anxiety and somatoform disorder. We used routine outcome monitoring (ROM) data to determine risk factors for non-adherence and to identify patients whose treatment outcomes were likely poor.

RESULTS A high percentage of indicators were positive, indicating that many elements of treatment in this routine clinical practice had been carried out according to the guidelines. We observed that the combined treatment group showed significantly lower adherence than the two other treatment groups. Low-adherence was predicted independently by a low score on the vitality subscale of the SF-36. No significant differences relating to the degree of adherence were found in socio-demographic variables, comorbidity and the scores on the BSI subscales. Predictor indicators for poor treatment outcome included higher age, a comorbid axis I diagnosis, a number of dysfunctional personality traits and a (reported) poor general health status.

CONCLUSION It is possible to assess guideline adherence by means of our set of process indicators that were independent of all type of disorder involved. Most factors hampering adherence could be identified. An understanding of the factors that affect treatment adherence to treatment guidelines may help to prevent non-adherence and can contribute to both the quality and the cost-effectiveness of care.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)3, 159-165

KEY WORDS clinical practice, guidelines, implementation, indicators, mood, anxiety and somatoform disorders, routine outcome monitoring