

De rol van de behandelaar: de ‘vergeten’ factor in ROM

K. DE JONG

ACHTERGROND Routine outcome monitoring (ROM) kan de kwaliteit van de behandeling alleen verbeteren als de behandelaar openstaat voor de ROM-informatie.

DOEL Meer inzicht krijgen in kenmerken van de behandelaar die van invloed zijn op de attitude tegenover ROM-feedback.

METHODE Bij behandelaars werd een vragenlijst afgenomen om hun attitude tegenover de ROM-feedback te meten. Zes maanden later werd bij een aantal behandelaars een vragenlijst afgenomen om barrières in het gebruik van ROM-feedback na te gaan.

RESULTATEN Vooral behandelaars met een voorkeur voor externe feedback en behandelaars die de feedback als valide ervoeren, hadden een positieve houding ten opzichte van ROM. Als barrière voor het gebruiken van feedback noemden behandelaars andere taken die om aandacht vragen en gebrek aan tijd.

CONCLUSIE Het is belangrijk om bij de implementatie van ROM meer aandacht te hebben voor de rol van de behandelaar.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)2, 197-201]

TREFWOORDEN feedback, routine outcome monitoring, therapeuteffecten

Eén van de aannames bij routine outcome measurement of monitoring (ROM) is dat de beschikbaarheid van ROM-gegevens de kwaliteit van de behandeling verbetert (door feedback hierover kunnen de behandeling aanpassen). Toch blijkt ROM niet altijd tot kwaliteitsverbetering te leiden (zie de bijdrage van Carlier e.a. elders in dit nummer). Een van de factoren die mogelijk een rol spelen in de wisselende effectiviteit van ROM, is de behandelaar. Feedback over de behandelvoortgang verbetert immers alleen de kwaliteit van de behandeling als de behandelaar er iets mee doet. Er bestaat bij behandelaars weerstand om ROM-feedback te gebruiken. Australisch onderzoek laat zien dat 44% van de behandelaars de uitkomstmetingen tijdsverspilling vond (Aoun e.a. 2002) en 67% bleek niet bereid om de ROM-feedback te gebruiken, zelfs

niet als dit gebruik leidde tot aantoonbaar betere behandeluitkomsten (Walter e.a. 1998). Bij het implementeren van ROM-systemen wordt echter relatief weinig aandacht besteed aan wat de behandelaar doet met de ROM-feedback.

Feedback

Bij het krijgen van feedback wordt een vergelijking gemaakt tussen een doel (bijv. patiënt naar herstel helpen) of een standaard (bijv. gemiddelde voortgang van patiënten na X sessies) en de feedback (bijv. score op ROM op moment X). Wanneer er discrepantie is tussen de feedback en het doel of de standaard leidt dit tot motivatie om te veranderen – bij ROM bijvoorbeeld de behandeling aanpassen omdat een patiënt niet vooruitgaat. Feed-

back werkt alleen als de behandelaar beseft dat deze discrepantie bestaat. Dit heeft voor een belangrijk deel te maken met aandacht. Bij een hoge administratieve druk is er minder tijd om de feedback te bekijken. Ook van invloed is hoe belangrijk het management de feedback vindt en of deze gebruikt wordt bij evaluaties van behandelingen. De aandacht die de behandelaar aan de feedback wil besteden, zal ook afhangen van de vraag of deze de feedback als valide ervaart: het is belangrijk dat hij of zij het gekozen meetinstrument accepteert en dat het instrument past bij de behandeldoelen (de Jong & Nugter 2011; Riemer & Bickman 2011).

Ontvanger

Over de invloed van eigenschappen van de ontvanger op de effectiviteit van feedback is nog relatief weinig bekend, omdat in veel onderzoeken naar feedback deze eigenschappen niet worden meegenomen (Kluger & DeNisi 1996). Enkele factoren uit de literatuur zijn: feedbackvoorkeur en vertrouwen in de eigen competenties. Er lijken twee voorkeuren te zijn: intern en extern (Herold e.a. 1996). Mensen met een externe feedbackvoorkeur vinden het prettig om regelmatig feedback van anderen te krijgen over hun prestaties, terwijl mensen met een interne voorkeur feedback van anderen niet belangrijk vinden en liever op hun eigen oordeel vertrouwen. Bij ROM lijkt een externe voorkeur belangrijk. Een andere factor die van belang is, is vertrouwen in de eigen competenties. Mensen met een groot vertrouwen in hun competenties kunnen beter omgaan met negatieve feedback dan mensen met een laag vertrouwen.

De effectiviteit van ROM-feedback hangt grotendeels af van het gebruik van de feedback door de behandelaar en de attitude die deze heeft tegenover de feedback. Bij een negatieve attitude zal een behandelaar niet geneigd zijn de feedback te gebruiken.

Onderzoek

Ik onderzocht de invloed van de ervaren validiteit van de feedback, vertrouwen in de eigen competenties en de feedbackvoorkeur op de attitude van behandelaars. De verwachting was dat deze factoren positief samenhangen met de attitude. Vóór een gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van ROM-feedback werd een vragenlijst afgenomen bij behandelaars. Tevens werd na een half jaar gekeken welke factoren het gebruik van de feedback belemmeren.

METHODE

Behandelaars

Aan het gerandomiseerde onderzoek deden 70 behandelaars mee uit twee ggz-instellingen, van wie er 49 de Feedbackvragenlijst invulden (70%). Redenen voor non-respons waren weigeringen ($n = 3$) en behandelaars die pas na de start van het onderzoek in dienst kwamen ($n = 18$). Na 6 maanden hadden slechts 25 behandelaars feedback gehad, deze behandelaars vulden allen de Barrièrevragenlijst in. Onder de behandelaars waren 18 mannen (37%) en 31 vrouwen (63%). De leeftijd van de behandelaar varieerde van 26 tot 60 jaar, met een gemiddelde van 46 jaar (SD: 9,3). Behandelaars hadden tussen 0 en 35 jaar ervaring (Gem. 16; SD: 11,0).

Meetinstrumenten en procedure

Feedbackvragenlijst Voor aanvang van het gecontroleerde onderzoek naar de effectiviteit werd de Feedbackvragenlijst afgenomen. Deze bestond uit eigen vertalingen van de 'External and Internal Feedback Propensity Scales' (EFPS en IFPS; Herold e.a. 1996) en een bewerking van de 'CFIT User Survey' (CUS) van de Vanderbilt University. De EFPS meet de voorkeur voor externe feedback. De schaal bestaat uit zes vragen die beantwoord kunnen worden op een vijfpuntsschaal die loopt van sterk oneens tot sterk eens. Een voorbeeld-

vraag is: 'Het is erg belangrijk voor mij om te weten wat mensen vinden van mijn werk'. De interne consistentie was 0,62.

De CUS, ontwikkeld door het Center for Evaluation and Program Improvement van de Vanderbilt University, werd gebruikt om het vertrouwen in de eigen competenties, de ervaren validiteit van de feedback en de attitude tegenover de feedback te meten. De vragen worden op verschillende vijfpuntsschalen gescoord. De competentieschaal bestond uit 8 vragen. Een voorbeeldvraag is 'In welke mate heeft u vertrouwen in uw vermogen om de voortgang van de cliënt tijdens de behandeling in te schatten'. De interne consistentie voor deze schaal was 0,83. De ervaren validiteitschaal bestond uit 6 vragen. Een voorbeelditem is: 'Ik denk dat de feedback behulpzaam zal zijn voor mijn behandelingen'. De interne consistentie voor deze schaal was 0,89. De attitudeschaal bestond uit 7 vragen. Een voorbeeldvraag is: 'Ik wil de feedback heel graag gebruiken in de behandeling'. De interne consistentie voor deze schaal was 0,88.

Barrière vragenlijst Om inzicht te krijgen in welke factoren het gebruik van feedback in de weg zaten, werd na 6 maanden een vragenlijst afgenomen waarbij naar de barrières voor gebruik van de feedback werd gevraagd. De vragenlijst bestond uit 10 vragen en wordt weergegeven in tabel 1. De interne consistentie van de schaal was 0,86 in dit onderzoek.

RESULTATEN

Er werd een significante positieve samenhang (Pearsons product-momentcorrelatiecoëfficiënt) gevonden tussen een externe feedbackvoorkeur ($n = 46$; $r = 0,46$; $p < 0,001$) en de ervaren validiteit van de feedback ($n = 48$; $r = 0,67$; $p < 0,001$) met de attitude jegens ROM-feedback. Tegen de verwachting in werd geen samenhang gevonden tussen de attitude en vertrouwen in de eigen competenties ($n = 48$; $r = 0,15$; ns).

De antwoorden op de barrière vragenlijst staan vermeld in tabel 1. De voornaamste reden om de feedback niet te gebruiken waren andere taken die om aandacht vragen en niet genoeg tijd om de feedback te bekijken. De behandelaars leken over het algemeen weinig problemen te hebben in het begrijpen of interpreteren van de feedback, hoewel een aantal behandelaars wel aangaf te weinig training gehad te hebben in de feedback.

DISCUSSIE

Behandelaars met een voorkeur voor externe feedback hebben een positievere attitude tegenover ROM dan degenen met een interne feedbackvoorkeur. Ook werd een positieve samenhang gevonden tussen de attitude en de ervaren validiteit van de feedback. Tegen de verwachtingen in werd geen verband gevonden tussen de attitude en vertrouwen in de eigen competenties. De voorkeur voor externe feedback is een kenmerk van de

TABEL 1 Barrières in het gebruik van feedback; in %

	Geheel niet	Geringe mate	Gem. mate	Grote mate	Zeer grote mate
Andere taken die om aandacht vragen	12	12	36	32	8
Niet genoeg tijd	21	29	29	17	4
Moeilijkheden bij het interpreteren	35	35	9	9	13
De feedback niet klaar hebben liggen wanneer dat nodig is	30	30	22	13	4
Onvoldoende training in het gebruik	29	33	21	13	4
Weerstand bij cliënten om de vragenlijst in te vullen	28	52	12	-	8
Gebrekk aan persoonlijke motivatie	28	36	28	8	-
Onvoldoende begrip van wat de feedback is en kan doen	44	36	12	8	-
Moeilijkheden om de feedback te integreren in de behandelstrategie	35	39	22	4	-
Moeilijkheden bij het gebruik van feedback in het algemeen	46	42	13	-	-

behandelaar en is niet eenvoudig te beïnvloeden, maar heeft wel belangrijke implicaties voor het gebruik van ROM. Een negatieve attitude zal mogelijk leiden tot minder gebruik van de feedback, al is dat hier niet onderzocht. De ervaren validiteit van de feedback is mogelijk wel beter te beïnvloeden, bijvoorbeeld door behandelaars actief te betrekken bij de keuze voor meetinstrumenten en procedures.

Als barrière voor het gebruik van de feedback noemde men andere taken die om aandacht vragen als belangrijkste reden, naast een gebrek aan persoonlijke motivatie en tijdgebrek. Bij de implementatie van ROM zou aandacht besteed moeten worden aan deze factoren. Vermoedelijk zijn argumenten als geen tijd hebben om de feedback te bekijken een vorm van weerstand tegen het gebruik van feedback; immers het bekijken van de feedback kost meestal niet veel tijd. Hierbij zou het nuttig kunnen zijn om de feedback zoveel mogelijk te integreren in de dagelijkse werkwijze – dus beschikbaar in het elektronisch patiëntendossier, op alle momenten opvraagbaar en een vast onderdeel van behandelbeoordelingen.

Dit onderzoek is een eerste poging om te kijken naar de rol van de behandelaar bij de implementatie van ROM in Nederland. Er is gebruikgemaakt van een aantal zelfvertaalde vragenlijsten, waarvan sommige schalen een lage betrouwbaarheid hadden in deze kleine steekproef. Het onderzoek is beperkt van aard en is zuiver beschrijvend, wat betekent dat er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de richting van de gevonden samenhang. Het is bijvoorbeeld ook mogelijk dat een negatieve attitude tegenover ROM-feedback, een negatief oordeel veroorzaakt over de validiteit. Toch geven de resultaten wel een indicatie dat de rol van de behandelaar belangrijk is bij de implementatie van ROM; het zou goed zijn als de beroepsgroep hier meer aandacht aan zou besteden.

LITERATUUR

- Aoun S, Pennebaker D, Janea A. Outcome measurement in rural mental health care: a field trial of rooming-in models. *Aust J Rural Health* 2002; 10: 302-7.
- Jong K de, Nugter A. De kunst van het effectief feedback geven: waarom weten niet altijd tot verbeteren leidt. In: Buwalda VJA, Nugter MA, Swinkels JA, Mulder CL, red. *Praktijkboek ROM in de ggz; een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten*. Utrecht: De Tijdstroom; 2011.
- Herold DM, Parsons CK, Rensvold RV. Individual differences in the generation and processing of performance feedback. *Educ Psychol Meas* 1996; 56: 5-25.
- Kluger AN, DeNisi A. The effects of feedback interventions on performance: A historical review, meta-analysis and preliminary feedback intervention theory. *Psychol Bull* 1996; 119: 254-84.
- Riener M, Bickman L. Using program theory to link social psychology and program evaluation. In: Mark MM, Donaldson SI, Campbell B, red. *Social psychology and evaluation*. New York: Guilford; 2011.
- Walter G, Cleary M, Rey JM. Attitudes of mental health personnel towards rating outcome. *J Qual Clin Pract* 1998; 18: 109-15.

AUTEUR

KIM DE JONG is psycholoog en onderzoeker, GGZ Noord-Holland-Noord, afdeling Onderzoek & Monitoring, en Erasmus MC, afdeling Medische Psychologie en Psychotherapie.
Correspondentieadres: Kim de Jong, psycholoog/onderzoeker, GGZ Noord-Holland-Noord, afdeling Onderzoek & Monitoring, Postbus 18, 1850 BA Heiloo.
E-mail: k.dejong@ggz-nhn.nl

Strijdige belangen: auteur is lid van de inhoudelijke stuurgroep van Request ROM van CIS ICT.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-9-2011.

SUMMARY

The role of the therapist: the 'forgotten' factor in ROM – K. de Jong –

BACKGROUND Routine outcome monitoring (ROM) can only improve the quality of mental health care if the therapist is prepared to accept ROM-feedback. However, most implementation procedures tend to focus on the organisation of the measurements rather than on the role of the therapist.

AIM To obtain a better understanding of the characteristics of the therapist which influence his/her attitude to the use of the feedback that ROM generates.

METHOD Therapists were asked to complete two questionnaires that measured their attitude to ROM feedback. Six months later several therapists were asked to complete a questionnaire that measured the barriers of the use of ROM feedback.

RESULTS Therapists with a preference for external feedback and therapists who felt that the feedback was valuable had a positive attitude to ROM. Barriers that prevented therapists from using feedback included the need to attend to other pressing tasks and a lack of time.

CONCLUSION In ROM implementation procedures more attention needs to be given to the role of the therapist.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)2, 197-201]

KEY WORDS feedback, routine outcome monitoring, therapist effects