

Huidige ROM doet afbreuk aan valide kwaliteitsmeting

A. HAFKENSCHIED, J. VAN OS¹

De Wetenschappelijke Raad (WR) van de Stichting Benchmark GGZ (SBG) stelt in zijn reactie (Blijd-Hoogewys e.a. 2012) op Van Os e.a. (2012) ervan overtuigd te zijn dat gegevens afkomstig uit routine outcome monitoring (ROM) ons in staat kunnen stellen om tot verbetering van zorg te komen door onderlinge vergelijking, ‘mits deze goed wordt uitgevoerd’. De crux zit in de laatste bijzin. Voor ons is het probleem dat de huidige ROM niet goed wordt uitgevoerd en afbreuk doet aan valide kwaliteitsmeting.

De WR beschouwt ROM en benchmarking als ‘werk-in-uitvoering’. De huidige werkwijze verdedigen zij onder de motto’s ‘alles is beter dan niets’ en ‘laat iedereen zoveel mogelijk meedoen’. Enerzijds sluiten de leden van de WR zich in hun reactie aan bij de zorgen over ROM in de huidige vorm, anderzijds is hun boodschap: gewoon data blijven verzamelen, we kunnen nog alle kanten op, en ‘het verhaal achter de data is in deze opstartfase het belangrijkste’. Het is volgens ons maar zeer de vraag of er een ‘verhaal’ achter de data vandaan zal komen, en, zo ja, welk ‘verhaal’. De argumentatie waarmee de WR rechtvaardigt dat ROM in de huidige vorm vooralsnog gewoon moet worden doorgezet, vinden wij niet alleen betwistbaar, maar ook niet helemaal eerlijk tegenover degenen die de data aanleveren.

Patiënten proefpersonen? Het geeft te denken dat we daarover zwijgen tegenover onze patiënten. Zij zijn het die de inspanning voor ROM leveren en ervan moeten profiteren. Duizenden patiënten vullen inmiddels vragenlijsten in. Zij zijn in de veronderstelling (gebracht) dat daar-

mee ‘objectief’ gemeten wordt of hun behandeling effectief is. We mogen er niet klakkeloos van uitgaan dat patiënten kunnen overzien hoe wankel die veronderstelling is. Dat de huidige ROM volgens de WR vooralsnog vooral dient als een soort vingeroefening mag geruststellend klinken voor ongeruste instellingen (die al lang blij zijn als zij het verplichte minimale responspercentage halen en strafkorting ontlopen). Echter, dit reduceert deelnemende patiënten feitelijk tot proefpersonen, zonder dat zij zich daarvan bewust zijn. In de huidige perverse situatie zitten instellingen in de klem: enerzijds zijn zij verplicht om patiënten te wijzen op het recht om deelname aan ROM te weigeren, anderzijds hebben zij daar geen belang bij, omdat het niet halen van de responspercentages in de portemonnee wordt gevoeld.

Vooraf criteria formuleren De WR neemt aan dat de data ons vanzelf de weg wijzen zolang de dataverzameling grootschalig wordt aangepakt. Dat uitgangspunt is methodologisch en wetenschapstheoretisch betwistbaar. Slechte of beperkte data worden niet beter wanneer ze in grotere aantallen zijn verzameld. Er is helaas niet de minste garantie dat de data meer ‘voor zichzelf spreken’ naarmate het er meer zijn. Enorme datasets bieden grote interpretatievrijheid, temeer daar de huidige geavanceerde statistische computerprogramma’s in een handomdraai een in beginsel onbegrensd aantal analyses mogelijk maken. Er kunnen dus vele ‘verhalen’ achter de data vandaan komen en die ‘verhalen’ kunnen zelfs deels naar eigen geloven worden geschreven.

Om vrijblijvendheid te voorkomen zullen dan ook *a priori* spelregels en criteria geformuleerd moeten worden. Nu reeds moet (en kan) worden vastgelegd hoe ROM-data in de toekomst zullen worden geanalyseerd en hoe cruciale ROM-concepten als ‘klinisch relevante verandering’ of ‘verschillen in effectiviteit’ operationeel worden gedefinieerd. Het definiëren van interpretatiecriteria zal onvermijdelijk tot discussie leiden, omdat subjectiviteit nu eenmaal inherent is aan de interpretatie van monitordata. Consensus op basis van ‘uitonderhandelde’ intersubjectiviteit is dus het maximaal haalbare.

Op zijn minst helpt het vooraf vastleggen van spelregels voor analyses en het definiëren van interpretatiecriteria om vruchteloze discussies achteraf (wanneer uitkomsten voor een instelling of afdeling blijken tegen te vallen) te vermijden. Een dergelijke ‘hypothesetoetsende’ benadering heeft als bijkomend voordeel dat clinici en patiënten meer gemotiveerd zullen zijn om zich te involveren in ROM ten behoeve van kwaliteitsverhoging en *benchmarking*. Tot dusverre is ROM in de meeste instellingen uitbesteed aan kwaliteitsfunctionarissen, die ver afstaan van het directe behandelproces. Niet kwaliteitsfunctionarissen, maar clinici en patiënten moeten de belangrijkste stem hebben in het formuleren van behandeldoelstellingen, kwaliteit- en succescriteria.

Patiëntenperspectief De huidige ROM in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg is grotendeels gebaseerd op het ‘klantmodel’. Dat wil zeggen: de scores van de patiënt bepalen het behandel succes; de behandelaar vult geen monitorinstrument in en staat daarmee aan de zijlijn. Het domweg negeren van het behandelaarperspectief voorkomt dat het definiëren van eenduidige kwaliteit- en succescriteria nog lastiger wordt dan bij een eenzijdig (patiënt)perspectief al het geval is. Patiënt en clinicus zijn het namelijk niet per definitie eens over de aard en ernst van de aanmeldingsproblemen of over de effectiviteit van behandeling. In de somatische gezondheidszorg zou het ondenkbaar zijn dat de behandelend

arts geen enkele rol speelt in de vaststelling of een behandeling al dan niet effectief is geweest.

Conclusie Ten onrechte zetten de leden van de WR de oordelen van de clinicus bij voorbaat weg als bevooroordeeld. Zij gaan er vanzelfsprekend vanuit dat overschatting van behandeluitkomsten wordt ‘tegengegaan door het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten, die de patiënt zelf invult’. Echter, patiëntbeoordelingen zijn, niet anders dan beoordelingen door de clinicus, principieel onderhevig aan *demand characteristics*. Het komt net zo goed voor dat clinici vanuit hun professionele perspectief gematigder of terughoudender dan de patiënt zelf zijn over de effectiviteit van de behandeling. Juist verschillen in de beleving van behandel effectiviteit tussen patiënt en behandelaar, of tussen de patiënt en diens sociale omgeving, helpen kwaliteitszorg preciezer en realistischer te definiëren. Ook kunnen deze verschillen mogelijke irrealistische verwachtingen en claims van specifieke behandelmethoden binnen de geestelijke gezondheidszorg aan het licht brengen.

NOOT

1 Voor beide auteurs geldt dat dit commentaar op persoonlijke titel werd geschreven: het kan niet worden gelezen als de opvatting van de instelling waar zij werkzaam zijn.

LITERATUUR

- Blijd-Hoogewys E, Van Dyck R, Emmelkamp P, Mulder N, Oude Voshaar R, Schippers G, e.a. Benchmarken is ‘werk-in-uitvoering’. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 1031-8.
- Os J van, Kahn R, Denys D, Schoevers RA, Beekman ATF, Hoogendijk WJG, e.a. (2012). ROM: Gedragsnorm of Dwangmaatregel? Commentaar op het Themanummer ROM. *Tijdschr Psychiatr*, 2012; 54: 245-53.

AUTEURS

ANTON HAFKENSCHIED is klinisch psycholoog-psychotherapeut, Sinai Centrum, Joodse Geestelijke Gezondheidszorg, Amersfoort, Amstelveen.

JIM VAN OS is hoogleraar Psychiatische Epidemiologie, Maastricht UMC.

Correspondentieadres: Anton Hafkenscheid, Sinai Centrum, Berkenweg 7, 3818 LA Amersfoort.

E-mail: a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-2-2013.

TITLE IN ENGLISH Current routine outcome monitoring undermines valid quality measurement