

Reactie op 'ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring'

In februari 2012 publiceerde het Tijdschrift voor Psychiatrie een themanummer over routine outcome monitoring (ROM), met veel aandacht voor gebruik van meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk. Direct daarna verscheen een essay waarin Van Os e.a. (2012) hun bezwaren uiteenzetten tegen het gebruik van ROM voor benchmarking door zorgverzekeraars als onderdeel van de prestatiebekostiging. Hierop verscheen in december een reactie van de Wetenschappelijke Raad van de Stichting Benchmark GGZ (SBG; Blijd-Hoogewys e.a. 2012).

Deze discussie ging vooral over de beperkingen van ROM voor de mogelijkheden van benchmarking. Omgekeerd geldt echter ook dat de eisen voor benchmarking het gebruik van ROM voor individuele behandelingen in de weg staan. Met deze brief willen we daar voor aandacht vragen.

ROM is primair bedoeld om de behandeling van patiënten te ondersteunen (Buwalda e.a. 2011; Van Hees e.a. 2011; Keet e.a. 2012). De inbedding met de behandeling wordt vormgegeven door:

- ROM-metingen te integreren in de behandeling en te koppelen aan natuurlijke momenten waarop de behandeling wordt geëvalueerd.
- Behandelaars op te leiden in de toepassing van de meetinstrumenten in de behandeling.

Implementatie van ROM gaat niet vanzelf. Echter, als ROM geïntegreerd is in de behandeling, de behandelaars daarbij zijn betrokken, er een goed functionerende softwareapplicatie is en de behandelaars uitkomsten kunnen interpreteren en omzetten in behandeldoelen of -activiteiten, dan zou de implementatie op termijn goed moeten gaan lopen (Buwalda e.a. 2011).

De praktijk wijst anders uit: de recentste cijfers uit de benchmarkrapportage van SBG (februari 2013) laten een implementatie zien van slechts 11% voor- en nametingen (ggz) tot en met oktober 2012. Dat percentage heeft betrekking op een deel van de instellingen waarmee SBG een contract heeft. Voor 2013 wordt 40% geëist. De zorgverzeke-

raars stellen dat de ggz tekortschiet en leggen financiële sancties op als voorgeschreven percentages niet worden gehaald.

Wij noemen een aantal redenen voor deze achterblijvende respons. Ten eerste moeten de metingen gekoppeld worden aan gegevens waar zorgverzekeraars hun financiering op baseren, de diagnose-behandelcombinaties (DBC's). De achtergrond hiervan is het streven naar uniformiteit in de gegevensverzameling, met het oog op benchmarking. Het openen of sluiten van DBC's is echter een administratieve handeling, die niets te maken heeft met de inhoud van behandelingen. Vooral voor patiënten die langer in behandeling zijn, is dit problematisch en vallen veel metingen uit. Deze koppeling met DBC's is vanaf het begin door de expertgroepen en de werkgroep vergelijkbaarheid van het project ROM GGZ van GGZ Nederland kritisch ontvangen. Ook onlangs werd op een gebruikersbijeenkomst van SBG dit als probleem aan de orde gesteld. Tot op heden is van deze koppeling niet afgeweken. De vraag is waarom niet van meet af aan is nagedacht over een andere vorm van uniformiteit.

Ten tweede is voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) de koppeling met de DBC verruimd, na kritiek van de expertgroep EPA. In de praktijk blijkt dat veel metingen uitvallen doordat DBC's een jaar duren, terwijl de tijd tussen twee metingen anderhalf jaar mag zijn. Zo ontstaan veel voormetingen, waarbij de name-tingen horen bij een volgende DBC en veel name-tingen waarvan de voormetingen horen bij een vorige DBC. DBC's korter dan een halfjaar kunnen niet worden meegenomen, vanwege de minimale eis van een halfjaar tussen twee metingen.

Ten derde is de DBC-structuur in veel instellingen ooit ingevoerd aan het einde van een kalenderjaar. Daardoor is een bulk aan af te sluiten en te heropenen DBC's ontstaan aan het einde van ieder kalenderjaar bij patiënten die langdurig in zorg zijn (EPA en ouderen in de blijvende zorg). Het gevolg is ook een bulk aan af te nemen ROM-instrumenten aan het einde van het kalenderjaar, wat de koppeling met het behandelplan in de weg staat.

Ten vierde hebben de implementatie-eisen ook betrekking op patiëntengroepen waarvoor nog geen of pas recent instrumenten zijn vastgesteld: patiënten met autisme, patiënten in de ziekenhuispsychiatrie en forensisch psychiatrische patiënten.

Naast deze concrete problemen speelt er in de praktijk nog iets. De aandacht die er uitgaat naar de implementatiedruk en benchmarking, doet de aandacht voor het gebruik van ROM in de behandeling naar de achtergrond verdwijnen. Discussies ontstaan over de relevantie, waarbij de relevantie van ROM en benchmarking door elkaar worden gebruikt. Het afnemen van meetinstrumenten lijkt de zoveelste productiefactor te worden en de zoveelste administratieve handeling. De veel gedane uitspraak dat ROM primair bedoeld is voor de behandeling van patiënten wordt zo wel erg uitgehold. Bij behandelaars en patiënten leidt dit tot verminderde motivatie voor ROM.

Wij willen met deze brief ervoor pleiten dat bij alle afspraken over de invulling en uitvoering van ROM en benchmarking rekening wordt gehouden met de praktijk, met nadrukkelijke aandacht voor de verschillen in de ROM-toepassing bij de verschillende patiëntengroepen.

LITERATUUR

- Blijd-Hoogewys E, van Dijck R, Emmelkamp P, Mulder N, Oude Voshaar RC, Schippers G, e.a. Benchmarks in 'werk-in-uitvoering'. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 1031-8.
- Buwalda VJA, Nugter MA, Swinkels JA, Mulders CM, red. Praktijkboek ROM in de ggz, een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten. Utrecht: De Tijdstroom; 2011.
- Hees S van, van der Vlist P, Mulder N, red. Van weten naar meten: ROM in de GGZ. Amsterdam: Boom; 2011.
- Keet IPM, Nugter MA, Hafkenscheid A, Van Den Eede F, Thunnissen MM. ROM: primair een instrument voor de behandeling. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 107-9.
- 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.

AUTEURS

ANNET NUGTER, is senioronderzoeker, hoofd afd. Onderzoek en Monitoring, GGZ Noord-Holland-Noord, Heerhugowaard.

RENÉ KEET, psychiater en directeur behandelzaken, Divisie Langdurende Psychiatrie, GGZ Noord-Holland-Noord, Heiloo.

TON DHONDT, psychiater, directeur behandelzaken Divisie Ouderenpsychiatrie, GGZ Noord-Holland-Noord, Heiloo/Alkmaar.

Correspondentieadres: dr. Annet Nugter, GGZ Noord-Holland-Noord, Postbus 18, 1850 BA Heiloo.

E-mail: a.nugter@ggz-nhn.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Behavioural standard or coercive measure? Some considerations regarding the special issue on ROM'

Reactie op 'Geen effect van energiedrank op de cognitieve prestaties van jongeren'

Wilhelm, als psycholoog verbonden aan de vakgroep Instructietechnologie in Twente, bestudeerde samen met drie scholieren van het Bonhoeffer College te Enschede het effect van één blikje energiedrank op de uitkomsten van een zes-tal cognitietests. De studie had een controlegroep die water te drinken kreeg (n = 34), een placebogroep met suikervrije limonade (n = 35) en de experimentele groep met een cafeïnedrank (n = 34).

Op de langste cognitietest werd een statistisch significant verschil gevonden. Het ene significante resultaat is overigens in de voorspelde richting, maar met de placebogroep en de experimentele groep dicht bij elkaar. Van de andere tests krijgen we alleen te horen dat er geen verschillen waren tussen de drie condities. Verschillen in percentages en aantallen werden getoetst met variantieanalyse, maar die techniek gaat uit van normaal verdeelde uitkomsten. Percentages en aantallen zijn per definitie niet normaal verdeeld. Mogelijk