

Doelmatigheid in de ggz: toekomst dankzij ROM?

M. VAN AGTHOVEN, A. VAN DER KOLK, H. KNEGTERING, PH.A.E.G. DELESPAUL, J. ARENDS, P.P.T. JEURISSEN, P.F.M. KRABBE, R. HUIJSMAN, R. LUIJK, E. DE BEURS, L. HAKKAART-VAN ROIJEN, R. BRUGGEMAN

ACHTERGROND Het zogenaamde Onderhandelaarsresultaat ggz 2014-2017 (ook wel Bestuurlijk akkoord) roept op tot verlaging van de kostengroei op basis van doelmatigheid. De ggz lijkt met ROM goed voorbereid op doelmatigheidsonderzoek.

DOEL Belichten hoe valide doelmatigheidsonderzoek dient te worden opgezet in de ggz en welke rol ROM daarbij kan spelen.

METHODE Evaluatie van vereisten aan doelmatigheidsonderzoek, actuele ontwikkelingen hierin en vertaling naar de ggz.

RESULTATEN Voor doelmatigheidsevaluatie in de ggz zijn van belang: het hanteren van een maatschappelijk perspectief, een lange tijdshorizon en het adequaat in kaart brengen van kwaliteit van leven van patiënten. Zorgconsumptie, uitkomst van zorg en karakterisering van de patiëntenpopulatie dienen systematisch en continu te worden gemeten. ROM-data zijn thans nog onvoldoende geschikt voor het doen van doelmatigheidsanalyses, maar een goede basis is aanwezig. Doorontwikkeling zou ertoe kunnen leiden dat in de ggz zorg wordt ingekocht op basis van doelmatigheid. Doelmatigheid zal echter pas worden verbeterd wanneer kwaliteit van zorg beloond wordt, in plaats van beloning van verrichtingen die niet altijd een relatie met de uitkomst hebben.

CONCLUSIE Doelmatigheidsonderzoek in de ggz moet zich richten op maatschappelijke kosten en baten, kwaliteit van leven en een lange tijdshorizon. In potentie kan men ROM zodanig doorontwikkelen dat dit een basis voor doelmatigheidsonderzoek kan zijn.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)9, 672-679

TREFWOORDEN doelmatigheid, kwaliteit, routine outcome monitoring



ARTIKEL



Het Zorginstituut Nederland (ZiNL) concludeerde in 2012 dat in de ggz nog veel aan efficiency- en kwaliteitswinst kan worden geboekt en dat 'gepast gebruik' bevorderd moet worden (CVZ 2012). In 2013 deed ZiNL aanbevelingen voor een toekomstbestendige ggz, waarbij kwaliteitsstandaarden en sturing door zorgverzekeraars een belangrijke plaats innemen en waarbij de verantwoordelijkheid voor gepast gebruik (en daarmee doelmatigheid) steeds verder wordt gedecentraliseerd (CVZ 2013). Het zogenaamde Onderhandelaarsresultaat ggz 2014-2017 (ook bekend als Bestuurlijk akkoord ggz) roept op om op basis van doelma-

tigheid een verlaging van de kostengroei te realiseren (GGZ Nederland e.a. 2013).

Vooralsnog zijn beleidsdiscussies en -maatregelen in de ggz vooral gericht geweest op louter de kosten. Dit is hoogstwaarschijnlijk een gevolg van het feit dat de ggz er nog onvoldoende in geslaagd is om transparant te maken wat de zorg oplevert. Zolang dat niet gebeurt, is de kans groot dat beleidsmaatregelen zich (blijven) richten op kosten, zonder in beeld te brengen wat voor consequenties dit heeft voor de patiënten en de maatschappij. Het meten van uitkomst *en* kwaliteit afgewogen tegen de inzet van

behandelaars en interventies (lees kosten) wordt daarom voor alle partijen van belang: voor de zorgverzekeraar om kwalitatief goede zorg tegen een goede prijs in te kopen, voor de zorgaanbieder om aan te tonen dat die kwaliteit geleverd wordt en voor de patiënt om toegang tot kwalitatief goede en doelmatige zorg te behouden.

Het bevorderen van doelmatigheid begint met het bepalen ervan. In dit artikel belichten wij wat nodig is om doelmatigheid van de ggz op een valide manier te meten. In andere gezondheidszorgsectoren verlegt men de focus inmiddels van een éénmalige beoordeling van doelmatigheid naar een continue evaluatie in de dagelijkse praktijk over langere tijd. Om dat laatste te kunnen realiseren, is een continue beschikbaarheid van gegevens van belang. De ggz lijkt hiertoe goed geoutilleerd, vanwege de metingen voor routine outcome monitoring (ROM). De vraag is daarom opportuun of deze data geschikt zijn voor doelmatigheidsonderzoek.

Wat is doelmatigheid en waarom is deze belangrijk?

Nederland heeft een rijke historie van doelmatigheidsonderzoek in de zorg. Aandacht hiervoor ontstond dertig jaar geleden met de introductie van technologieën als hart- en levertransplantaties. Deze vormden de aanleiding tot het uitvoeren van grootschalige evaluatieprogramma's, die bestonden uit deelonderzoeken over economische effecten (kosten), kwaliteit van leven (uitkomsten), organisatorische, sociale, juridische en ethische aspecten. Deze totaalbeoordeling is bekend als *health technology assessment* (HTA) (Habbema e.a. 1989).

De doelmatigheidsanalyse (ook wel *costeffectivenessanalyse*) is één van de onderdelen van een HTA, waarbij de relatieve doelmatigheid van een interventie ten opzichte van een alternatief in één standaarduitkomst wordt uitgedrukt: de zogenoemde incrementele kosteneffectiviteitsratio (IKER, in het Engels ICER). Voor het uitdrukken van de effecten van een behandeling in de ICER geldt dat *quality-adjusted life years* (QALY's) internationaal als standaard worden beschouwd. QALY's combineren overlevingswinst met de ervaren kwaliteit van leven en zijn bedoeld om op een uniforme wijze, ongeacht ziektegebied, de doelmatigheid van zorginterventies uit te drukken. De kwaliteit van leven wordt hierbij uitgedrukt in één getal tussen 0-1, een zogeheten utiliteit (EuroQol 1990). Er zijn echter nog meer manieren om doelmatigheid aan te tonen. Het hangt van het perspectief en het doel van de analyse af welke methode het meest geëigend is.

In 1999 werden voor de eerste keer Nederlandse eisen voor het uitvoeren van doelmatigheidsonderzoek uitgebracht (Riteco 1999). Deze richtlijnen zijn in 2006 uitgebracht als nieuwe handleiding (cvz 2006). Verplichting tot het doen van doelmatigheidsonderzoek richtte zich in eerste

AUTEURS

MICHEL VAN AGTHOVEN, gezondheidseconoom, Janssen-Cilag BV; thans Gilead Sciences Nederland BV.

ANNEMARIE VAN DER KOLK, promovendus, Radboud Universiteit Nijmegen, manager market access, Janssen-Cilag BV.

RIKUS KNEGTERING, psychiater, opleider en hoofd wetenschappelijk onderzoek, Lentis, en senior onderzoeker, Rob Giel onderzoekscentrum en Neuroimaging center, Universitair Medisch Centrum Groningen.

PHILIPPE DELESPAUL, klinisch psycholoog, programmaleider integrale zorg en psychotische stoornissen, kenniscentrum Psycope en Mondriaan, en professor Innovations in Mental Health, School for Mental Health & Neurosciences, universiteit Maastricht.

JOHANNES ARENDS, psychiater, hoofd van het psychosen-circuit en de langdurige zorg van GGZ Drenthe, daarnaast plaatsvervangend opleider psychiatrie.

PATRICK JURISSEN, programmaleider, Celsus Academie voor Betaalbare Zorg, UMCN St. Radboud en clustercoördinator Strategie, ministerie van VWS.

PAUL KRABBE, hoogleraar en hoofd afd. Health Technology Assessment, afd. Epidemiologie, Universiteit van Groningen.

ROBERT HUIJSMAN, bijzonder hoogleraar Management & Organisatie van de ouderenzorg, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam en senior manager Kwaliteit & Innovatie bij Achmea divisie Zorg & Gezondheid.

RONALD LUIJK, senior beleidsadviseur zorg, Zorgverzekeraars Nederland.

EDWIN DE BEURS, hoofd wetenschappelijk onderzoek, Stichting Benchmark GGZ (SBG) en hoogleraar ROM en Benchmarks bij de sectie Klinische Psychologie, Universiteit Leiden.

LEONA HAKKAART-VAN ROIJEN, universitair hoofddocent Economische evaluaties in de gezondheidszorg, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) en institute for Medical Technology Assessment (iMTA), Erasmus Universiteit Rotterdam.

RICHARD BRUGGEMAN, psychiater, Universitair Centrum Psychiatrie UMCG en hoofd Rob Giel Onderzoekscentrum Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

A. van der Kolk, Janssen-Cilag BV, Postbus 90.240, 5000 LT Tilburg.

E-mail: avdkolk@its.jnj.com

Strijdige belangen: M. van Agthoven werkte bij Janssen-Cilag BV; thans bij Gilead Sciences Nederland BV; A. van der Kolk werkt bij Janssen-Cilag BV; R. Huijsman werkt bij Achmea Zorgverzekeringen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-1-2015.

instantie voornamelijk op geneesmiddelen. Inmiddels zijn er tal van voorbeelden van doelmatigheidsonderzoek bij andere zorgvormen, veelal gestimuleerd door subsidies van ZonMw.

Bij geneesmiddelen is de beoordeling van doelmatigheid inmiddels verschoven van statisch (eenmalig, bij toelating tot het basispakket) naar dynamisch (beoordeling van doelmatigheid bij toepassing in de praktijk). Dit werd ingevoerd, omdat het voor geneesmiddelen niet altijd mogelijk was om een Nederlandse pakketbeslissing voor vele toekomstige jaren te nemen op basis van de gegevens uit de gecontroleerde setting van gerandomiseerd klinisch onderzoek die tot Europese registratie van die middelen leiden. In de dagelijkse praktijk komt het voor dat de middelen ook worden gegeven aan patiënten die niet in dergelijk onderzoek waren geïncludeerd, zoals patiënten met comorbiditeit. Ook komt het voor dat middelen op een ander moment in de behandeling worden gegeven dan bedacht ten tijde van het klinisch onderzoek. Om het effect hiervan op de doelmatigheid te meten, is besloten om over te gaan tot continue beoordelingen van doelmatigheid van bepaalde categorieën geneesmiddelen, waarbij deze na een aantal jaren opnieuw wordt beoordeeld op grond van de vraag hoe deze middelen in de praktijk worden toegepast. Waarschijnlijk zullen dit soort continue beoordelingen ook in andere delen van de zorg verschijnen. Bij deze dynamische doelmatigheidsbeoordeling is het in eenieders belang om mee te werken aan het aantonen van doelmatigheid. Geen enkele zorgpartij bewerkstelligt doelmatigheid namelijk alleen: zo wordt de doelmatigheid van geneesmiddelen in de praktijk vooral bepaald door de wijze waarop ze worden toegepast. Een zorginstelling zal moeten kunnen laten zien wat de doelmatigheid van de zorg is waarvan het geneesmiddel deel uitmaakt om een aantrekkelijke partner voor de zorgverzekeraar en patiënt te zijn. De zorgverzekeraar zal zich willen profileren op grond van ingekochte zorg en is vooral omwille van de premie gebaat bij doelmatigheid.

Voorwaarden voor valide doelmatigheidsonderzoek

Om doelmatigheid op valide wijze aan te tonen, moet worden voldaan aan een aantal voorwaarden (CVZ 2006). In het navolgende belichten wij de elementen met de grootste relevantie voor doelmatigheidsonderzoek in de ggz.

PERSPECTIEF VAN DE EVALUATIE

Het perspectief van het doelmatigheidsonderzoek bepaalt welke kosten en effecten worden meegenomen. Voor ondersteuning van beleids- en besluitvorming verricht men evaluaties vanuit een maatschappelijk perspectief. Hierbij neemt men alle kosten en baten mee, ongeacht wie

de kosten draagt of aan wie de baten toevallen. Dat houdt in dat men bijvoorbeeld ook kosten of besparingen van arbeidsverzuim als gevolg van ziekte of behandeling meerekent. Alleen dit perspectief garandeert optimale allocatie van de in een land aanwezige schaarse middelen, ongeacht de vraag onder welk 'potje' of departement die middelen vallen.

Voor de ggz is dit van groot belang, aangezien er sprake is van een relatief jonge patiëntengroep bij wie veel maatschappelijke doelmatigheidswinst te bereiken is door het realiseren van participatie in het sociale verkeer en arbeidsprocessen (Weehuizen 2008).

TIJDSORIZON

De tijdshorizon in het doelmatigheidsonderzoek dient te passen bij de ziekte en de behandeling in kwestie. In de evaluatie van een behandeling voor het eindstadium van kanker bijvoorbeeld is het vrij zeker dat alle relevante kosten en baten zijn meegenomen wanneer men een berekening maakt met een tijdshorizon van 1-2 jaar. Voor doelmatigheidsonderzoek in de ggz is een lange tijdshorizon belangrijk, wederom vanwege de relatief jonge patiëntengroep bij wie veel te bereiken én te voorkomen is op lange termijn. Een succesvolle interventie bij een jonge patiënt met schizofrenie kan consequenties hebben gedurende zijn of haar gehele potentiële werkzame leven. Een tijdshorizon van 30-40 jaar of zelfs nog langer is dan ook gepast. Het gaat om de vraag tot welke leeftijd de effecten van de interventie merkbaar kunnen zijn, afgezet tegen de diagnoseleeftijd. Hanteert men een te korte termijn in de evaluatie, dan dreigt het gevaar dat een interventie wordt afgeserveerd als niet doelmatig, aangezien de meeste kosten voor een interventie doorgaans op korte termijn worden gemaakt terwijl de effecten zich na langere tijd voordoen.

KWALITEIT VAN LEVEN

Het aantonen van kwaliteit van leven kan twee doelen dienen: enerzijds het geven van een informatieve beschrijving van de kwaliteit van leven van patiënten en veranderingen daarin ten gevolge van behandeling, anderzijds het berekenen van QALY's. Het beschrijven van de kwaliteit van leven kan geschieden met generieke (op meerdere ziektes toepasbare) meetinstrumenten of door ziektespecifieke meetinstrumenten. De laatste zijn meestal gevoeliger voor veranderingen in de gezondheidstoestand van een specifieke patiëntengroep. De vragenlijst die het meest wordt toegepast om QALY's te berekenen, is de EQ-5D. Met vijf vragen worden vijf dimensies van kwaliteit van leven gemeten, te weten mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn en stemming. Per vraag zijn de antwoordmogelijkheden: geen problemen, matige problemen en ernstige problemen.

Resumé

Valide doelmatigheidsonderzoek in de ggz wordt uitgevoerd vanuit maatschappelijk perspectief, neemt een voldoende lange tijdshorizon in acht en is bij voorkeur mede gericht op kwaliteit van leven. Ten slotte geldt dat in veel doelmatigheidsanalyses het gebruik van zogenaamde modellering onvermijdelijk is. Dit komt doordat er vanuit overheidsniveau een behoefte is om voor pakketbeslissingen een oordeel te vormen op basis van een 'totaalplaatje' over de doelmatigheid van de betreffende interventie in een brede context over langere tijd. Om een dergelijk totaalplaatje te vervaardigen (zeker als een langetermijnvoorspelling gewenst is), is het vaak nodig om gegevens uit verschillende bronnen met elkaar te combineren. Modellering biedt die mogelijkheid, met het doel om een zo gefundeerd mogelijke voorspelling van kosten en effecten op de lange termijn te maken. *Health economics modeling* heeft zich ontwikkeld tot een gevalideerde methodologie om een zo geïnformeerd mogelijk antwoord te bieden in situaties van onzekerheid.

Doelmatigheid in de ggz: een continue behoefte aan data

'Toekomstgericht' doelmatigheidsonderzoek in de ggz brengt de genoemde elementen systematisch en op continue basis in kaart: bij de diagnostiek, tijdens de behandeling en bij het einde van de behandeling met een duidelijke relatie met klinisch belangrijke momenten in de behandeling en bij follow-up. Om dit te bereiken zijn data benodigd over diagnostiek en behandeling 'in de dagelijkse praktijk', alsmede data die inzicht bieden in de kenmerken van de onder behandeling zijnde populatie (zorgvraagzwaarte en andere casemixfactoren). Bij elk doelmatigheidsonderzoek dienen daarom, bij voorkeur op patiëntniveau, in kaart te worden gebracht:

- Input: welke zorgconsumptie is gegenereerd in het proces van diagnostiek, behandeling en follow-up?
- Output: wat heeft de behandeling opgeleverd in termen van een bij het onderzoek passende uitkomstmaat?
- Kenmerken van de onderzochte populatie.

Voor elk doelmatigheidsonderzoek geldt dat het belangrijk is dat de meetmomenten zoveel mogelijk aansluiten bij klinisch betekenisvolle momenten in de behandeling. Alleen op die manier is het mogelijk om een onderbouwde uitspraak te doen over de doelmatigheid van een specifieke behandeling. Dit is in de ggz een uitdaging, aangezien vaak sprake is van 'een diagnose van kwetsbaarheid'. Dit houdt in dat men een verhoogd risico op het episodisch voorkomen van een aandoening vaststelt met een beschrijving van patronen en triggers (Delespaul 2013). Deze risico's en

triggers zijn in principe niet te genezen, maar verschillende omstandigheden kunnen deze wel beïnvloeden.

Deze constatering hebben implicaties voor het opzetten van doelmatigheidsonderzoek, omdat er ten opzichte van bijvoorbeeld een chirurgische interventie, een farmacotherapeutische behandeling voor hepatitis C of een multimodaliteitenbehandeling voor kanker meer onduidelijkheid bestaat over de scenario's in het beloop van de aanpak en de verbetering die een behandeling teweeg heeft gebracht (het voorkomen van terugval). Zeker in het geval van ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) zijn kenmerkende momenten in de behandeling en aandoe-ning niet zonder meer goed te definiëren. Het chronische karakter van dergelijke aandoeningen versterkt echter wel het belang van continue meting van doelmatigheid.

Zijn ROM-data een geschikte bron voor onderzoek naar doelmatigheid?

Wat betreft de beschikbaarheid van praktijkdata lijkt de ggz verder dan menig andere sector met het monitoren van patiënten en hun behandelingsresultaten. Al geruime tijd worden gegevens verzameld op basis van ROM (de Beurs e.a. 2011). De vraag is of ROM een bron voor doelmatigheidsonderzoek kan zijn. De laatste jaren is ROM in een stroomversnelling gekomen, zodat nu bij 30-40% van de behandelingen uitkomstgegevens voorhanden zijn. Dit percentage groeit met 10% per jaar.

ROM is begonnen vanuit de intrinsieke motivatie van behandelaren om het zorgproces in de ggz te verbeteren en was bedoeld als instrument op *individueel patiëntniveau*. In 2010 hebben zorgaanbieders en verzekeraars de Stichting Benchmark GGZ (SBG) opgericht. Het doel van deze benchmarking is tweeledig. Het eerste doel is het leren van vergelijken van geaggregeerde ROM-data op *groepsniveau* om zo binnen instellingen projecten voor kwaliteitsverbetering te faciliteren. Het tweede doel is het vergelijken van instellingen om zicht te krijgen op hun globale kwaliteit voor zorginkoop en het informeren van patiënten. Primair doel van SBG is zicht te krijgen op de kwaliteit van de ggz en mogelijke verschillen tussen zorgaanbieders; voor een diepgaandere gegevensinterpretatie zijn altijd kenmerken van de patiënt en het behandelproces nodig (inzicht in de case-mix).

Voor zowel ROM ter ondersteuning van de behandeling als ROM om te benchmarken is het nodig om over uitkomstinformatie te beschikken, al zijn de praktische uitvoeringen terdege verschillend. Met ROM wordt op klinisch relevante momenten in de behandeling op basis van een aantal ziektespecifieke meetinstrumenten de status van de patiënt in kaart gebracht. SBG verzamelt geaggregeerde data van slechts twee specifieke meetmomenten (begin- en

eindmeting rondom een diagnose-behandelcombinatie; DBC) om de effectiviteit van behandeling binnen de ggz in kaart te brengen op basis van generieke meetinstrumenten.

De werkwijze van SBG is dat zorgaanbieders data aanleveren bij de SBG zoals gedefinieerd in de minimale dataset waarin per zorgdomein en meetdomein aangegeven is welke instrumenten zijn goedgekeurd (SBG 2013). Deze aangeleverde data worden door SBG vervolgens verwerkt tot benchmarkrapportages. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars krijgen vervolgens via de benchmarkrapportagemodule (het programma BRAM) inzicht in gemiddelde effect-scores; zorgaanbieders krijgen informatie op alle mogelijke niveaus van hun organisatie, zorgverzekeraars alleen op het hoogste aggregatieniveau (de instelling).

ONGEWENST NEVEFFECT

De bemoeienis van zorgverzekeraars met ROM via SBG heeft voor brede invoering van ROM in de ggz gezorgd, maar heeft als ongewenst neveneffect gehad dat de nadruk te veel is komen te liggen op monitoring van de kwaliteit van de zorg van organisatieonderdelen in plaats van monitoring en kwaliteit van zorg bij de individuele patiënt (Hafkenscheid & van Os 2013; Nugter e.a. 2013; van Os e.a. 2012). De bonus-malusregelingen rondom afgesproken responspercentages die tot stand zijn gekomen tussen zorgaanbieders en -verzekeraars hebben ertoe geleid dat binnen instellingen vanuit managementoverwegingen de keuze is gemaakt om bij uitkomstmeting in de praktijk te focussen op benchmarking. Zo werd te weinig tijd vrijgemaakt voor behandelen en frequenter te meten met het uitgebreidere ROM-instrumentarium.

Dit ging ten koste van het voornaamste doel van ROM: ondersteuning van het primaire zorgproces. Er bestaat dan ook onrust over deze verschoven aandacht van ROM naar benchmarken; beide initiatieven samen bieden echter juist kansen om de kwaliteit van zorg te verbeteren (Blijd-Hoogewys e.a. 2012; Bruinsma e.a. 2012; van Os e.a. 2012). Benchmarken motiveert tot het doen van metingen. In geval van discussie over de uitkomsten van benchmarking, moet de discussie op inhoudelijk niveau worden gevoerd binnen de instelling, waarbij de uitkomstdata verrijkt kunnen worden met gegevens over de uitgevoerde behandeling.

Een belangrijke link naar doelmatigheidsonderzoek is de hogere meetfrequentie van ROM, het gebruik van specifiekere meetinstrumenten en de link naar klinisch belangrijke momenten in de behandeling. Voor doelmatigheidsonderzoek is het van belang data te kunnen relateren aan klinisch definieerbare episodes in de behandeling, wat doorgaans niet mogelijk is als tussenmetingen uitgevoerd

op klinisch cruciale momenten ontbreken (Nugter e.a. 2013).

Echter, dataverzameling voor ROM was niet bedoeld als basis voor doelmatigheidsonderzoek. ROM is bijvoorbeeld niet primair bedoeld om de zorgconsumptie vast te leggen. Wellicht is het mogelijk om de data in ROM te linken naar systemen waaruit deze input wel kan blijken, zoals casusregisters. De vraag is daarom: waar moet dataverzameling in de ggz aan voldoen om doelmatigheidsonderzoek te kunnen uitvoeren?

Criteria voor doelmatigheidsonderzoek toegepast op de ggz

INZICHT IN DE INPUT

Op dit punt loopt de ggz achter. Daar waar voor een oncologische behandeling nauwkeurig in kaart kan worden gebracht welke chemotherapie is gegeven, is de ggz momenteel nog niet veel verder dan het registreren van behandelminuten en opnamedagen. De behandeling in de ggz is soms lastig te standaardiseren. Vooruitgang zou zijn om specifiek te registreren welk type behandeling is gegeven, het aantal sessies en details over medicatiegebruik vast te leggen. Dit is een belangrijk verbeterpunt: als je de output van zorg niet kunt relateren aan de input, dan is de vraag over doelmatigheid niet te beantwoorden.

INZICHT IN DE OUTPUT

Voor doelmatigheid zou binnen ROM naast de ziektespecifieke maten ook met generieke maten moeten worden gewerkt, omdat hiermee een indruk gekregen kan worden van de relatieve doelmatigheid van ggz-interventies ten opzichte van bijvoorbeeld somatische interventies. Dit is van belang om de noodzaak van het vergroten van de doelmatigheid in specifieke zorgtrajecten in kaart te kunnen brengen. Daar generieke maten echter veel minder gevoelig zijn voor het in kaart brengen van veranderingen in de gezondheidstoestand bij specifieke ziekten zal het altijd nodig blijven om ook ziektespecifieke maten in te zetten, zoals al in diverse ROM-systemen gebeurt.

SYSTEMATISCH IN KAART BRENGEN VAN IN- EN OUTPUT

Aan het vereiste van systematisch meten wordt bij de meeste ROM-systemen redelijk voldaan. Bij ambulante behandeling van een depressie start men bijvoorbeeld met een nulmeting. Na de behandeling volgt een eindmeting. Hiermee is een link naar klinisch belangrijke momenten gelegd. Vervolgmetingen om langetermijneffecten in kaart te brengen ontbreken vooral nog veelal.

Een bijzondere uitdaging hierbij vormen metingen bij de groep patiënten in langdurige zorg. Zij zullen vaak niet

herstellen, zodat geen link te leggen is naar klinisch belangrijke momenten. Doelmatigheid van zorg kan bij hen niet afgemeten worden aan uitkomstparameters op klinisch definieerbare meetmomenten. In deze groep is de enige mogelijkheid langdurig volgen door bijvoorbeeld jaarlijkse metingen. Daarbij kan men alleen de evolutie in de tijd meten, met name op individueel niveau vanwege het ontbreken van een nulmeting die noodzakelijk is om groepskenmerken met elkaar te vergelijken.

CONTINU IN KAART BRENGEN VAN IN- EN OUTPUT

De structuur voor ROM-metingen voldoet aan dit criterium, het is opgericht als continu monitoringsinstrument. De uitdaging ligt in het verkrijgen van inputgegevens en outputdata over langetermijnfollow-up.

VOLDOENDE GROTE ONDERZOEKSGROEP EN INZICHT IN DE PATIËNTKENMERKEN

Een valide karakterisering van de patiëntengroep is bij elk onderzoek van belang voordat instellingen of behandelingen vergeleken kunnen worden. Er moeten voldoende variabelen zijn om de patiëntengroep mee te beschrijven. Hiermee krijgt men een indruk van de relatieve 'zwaarte' van de patiëntengroep en een eerste antwoord op de vraag of instellingen of behandelingen daarbinnen überhaupt met elkaar vergeleken kunnen worden. Het vergelijken van behandelingen of instellingen in de dagelijkse praktijk door middel van observationeel onderzoek gaat altijd gepaard met uitdagingen.

Dit is niet anders dan in de somatiek. Het gaat hier vooral om het corrigeren voor bekende en onbekende variabelen, dat feitelijk alleen in de context van prospectief dubbelblind gerandomiseerd onderzoek goed mogelijk is. Voor de ggz is specifiek dat de relatie tussen de medische interventie en de behandelingsuitkomst mogelijk nog meer onderhevig is aan invloeden van buitenaf dan in de somatiek al het geval is. Dit dient men continu in gedachten te houden bij het interpreteren van doelmatigheidsonderzoek in de ggz.

Kunnen ROM-data een bron voor doelmatigheidsonderzoek zijn?

Op dit moment zijn ROM-data nog onvoldoende geschikt voor het doen van doelmatigheidsanalyses, gezien de argumenten in de voorgaande beschouwing:

- Inzicht in de input van zorg is een verbeterpunt. Duide-lijk moet worden welke inspanning is geleverd en welke behandelingen zijn gegeven.
- Inzicht in output van zorg is er op basis van ggz-specifieke meetinstrumenten. Daarnaast zou voor doelmatigheidsanalyses ook nog een generieke kwaliteit-van-levenmaat moeten worden toegevoegd.

- Aan de eis van systematisch meten met een link naar klinisch relevante momenten in het zorgproces wordt bij de meeste behandelingen in de ggz voldaan. De uitdaging ligt bij metingen bij de groep patiënten in langdurige zorg.
- Voor de eis van het continu in kaart brengen van in- en output geldt dat ROM is opgezet als continu monitoringsinstrument.
- Wat betreft de karakterisering van de patiëntengroep geldt dat het beschikbaar zijn van voldoende variabelen die de patiëntengroep adequaat beschrijven prioriteit moet zijn.

Al met al is een basis aanwezig. Doelmatigheidsonderzoek ligt altijd in het verlengde van klinisch onderzoek en voegt met name de economische component toe. In andere sectoren van de zorg blijkt dat het registreren van gegevens in de praktijk ten behoeve van doelmatigheidsanalyses valt of staat met de vraag of die registratie geassocieerd is met doelen waartoe de behandelaars zich gemotiveerd voelen. Daarmee lijkt een link naar ROM als meest veelbelovende en geschikte 'kandidaat' om doelmatigheidsanalyses op te baseren in de ggz gelegd.

Dit alles maakt duidelijk welke onderdelen van de ROM men moet aanpakken alvorens ROM een basis voor doelmatigheidsonderzoek kan zijn. Daarbij dient men rekenschap te geven voor de besproken uitgangspunten voor valide doelmatigheidsonderzoek.

Agenda voor de nabije toekomst

De primaire doelstelling van registreren is verbetering van patiëntenzorg. De ggz bevindt zich in een ontwikkeltraject en met alle partijen samen moet gezocht worden naar behoud van de juiste data, een correcte interpretatie van verzamelde data en verdere mogelijkheden van infrastructuur en beschikbare gegevens voor doelmatigheidsonderzoek. Doelmatigheid aantonen wordt een vereiste en een eerste stap daartoe is om de in beginsel kansrijke ROM-systemen door te evolueren op grond van de besproken principes. Op basis van deze data zou in eerste instantie overgegaan kunnen worden tot historische controles binnen de eigen instelling. Hiermee worden case-mixdiscussies bij vergelijken tussen instellingen voorkomen en wordt alvast gewerkt volgens het adagium dat het goed is om jezelf te verbeteren.

De wil om... en de financiering

De basis is aanwezig voor het meten en vervolgens bevorderen van doelmatigheid in de ggz. Het slechte nieuws is dat dit *wishful thinking* blijft als betrokken partijen niet bereid zijn om over hun eigen grenzen heen te denken en als de vergoeding voor geleverde zorg niet adequaat geregeld is. In de praktijk hangt dit vaak

samen. Tot nu toe zijn instellingen bijvoorbeeld beloond voor opnamedagen. Om te kunnen voortbestaan waren ze daar zelfs van afhankelijk, terwijl het niet per se doelmatig is om een patiënt lang opgenomen te houden. Als gevolg van de noodzaak om doelmatigheid in de ggz breed te benaderen, laat het bevorderen van diezelfde doelmatigheid zich niet vangen tussen de muren van instellingen, financieringsmechanismen of zelfs sectoren. Denk hierbij aan bijvoorbeeld de scheiding tussen Zorgverzekering en Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) – terwijl deze wat betreft doelmatigheid waarschijnlijk communicerende vaten zijn.

Een belangrijke sleutel ligt dan ook in het financieringssysteem. Uiteindelijk is het huidige DBC-tijdschrijfsysteem in de ggz ongeschikt als productstructuur om te kunnen sturen op doelmatigheid. Alleen helder omschreven medisch herkenbare zorgproducten waarin een koppeling wordt gemaakt naar uitkomsten kunnen dienen als goed instrumentarium om de doelmatigheid te vergroten.

Eerder werd in dit tijdschrift al een belangrijke aftrap genomen over dit onderwerp (van der Lee e.a. 2012). De auteurs erkenden de noodzaak om de financiering beter te laten aansluiten bij de zorg in de ggz. In hun voorstel speelt ROM een belangrijke rol, omdat daarmee zowel de zorgzwaarte in termen van stagering en profilering kan worden vastgesteld als ook inzicht kan worden verkregen in de kwaliteit van de behandeling ten opzichte van de zorgzwaarte. Ook hier was de onderliggende gedachte dat doelmatigheid alleen maar te bevorderen is wanneer het financieringssysteem is afgestemd op de gedachte dat

betere uitkomst beloond wordt in plaats van beloning op basis van inputvariabelen. De auteurs erkenden dat *‘de haalbaarheid van zo’n (ingroei)model wordt bepaald door de politieke wil van overheid, zorgverzekeraars en de ggz-aanbieders om de ruimte te scheppen dit (ingroei)scenario tot wasdom te laten komen.’*

CONCLUSIE

Voor doelmatigheidsanalyses in de ggz zijn het hanteren van een maatschappelijk perspectief (inclusief effecten op arbeid), in kaart brengen van kwaliteit van leven en een langetermijnperspectief van belang. Meting hiervan dient op continue en systematische basis te gebeuren, met links naar klinisch belangrijke momenten in de behandeling en bij het evalueren van uitkomsten dienen de samenstelling van de patiëntenpopulaties in specifieke instellingen te worden betrokken. ROM is bij verdere doorontwikkeling potentieel geschikt voor het doen van doelmatigheidsonderzoek. Hiermee kan de sector zelf het voortouw nemen in het bepalen van doelmatigheid, in plaats van verdere bezuinigingsmaatregelen af te wachten.

Een belangrijke katalysator is de wil en daadkracht van alle bij ggz betrokken partijen om over de eigen grenzen te kijken en daarmee samenhangend aanpassing van het financieringssysteem. Doelmatigheid zal pas écht worden verbeterd als investering in zorg met de beste uitkomst daadwerkelijk beloond wordt, in plaats van beloning op inputvariabelen die niet per se een relatie met de uitkomst hebben.

LITERATUUR

- Beurs E de, Hollander-Gijsman ME den, Rood YR van, e.a. Routine outcome monitoring in the Netherlands: practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clin Psychol Psychother* 2011; 18: 1-12.
- Blijd-Hoogewys E, Dijkstra R van, Emmelkamp P, e.a. Benchmarken is ‘work in progress’. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 1031-8.
- Bruinisma CL, Verbraak MJ, Verbraak P. Transparency mental health care improved by ROM and benchmarking. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 254-6.
- CVZ. Richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek, geactualiseerde versie. Diemen: 2006.
- CVZ. Geneeskundige GGZ (deel 1): wat is nu verzekerde zorg en wat niet? 2012.
- CVZ. Advies Geneeskundige GGZ (deel 2): Op weg naar een toekomstbestendige GGZ. 2013.
- Delespaul P. Inaugurale rede ‘Innovatie in de Geestelijke Gezondheidszorg’. Universiteit Maastricht; 2013.
- EuroQol. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. *Health Policy* 1990; 16: 199-208.
- GGZ Nederland, Landelijk Platform GGZ, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie e.a. Onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017. 2013.
- Habbema JDF, Casparie AF, Mulder JH, Rutten FFH. Medische technology assessment en gezondheidsbeleid. *Stafleu Samson*; 1989.
- Lee A van der, Stoop T, Stam P, Hakkaart-van Rooijen L, Busschbach J van. Vergoedingsaspecten: kunnen stagering en profilering ervoor zorgen dat de juiste zorg ook juist beloond wordt? *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 985-90.
- Hafkenscheid A, Os J van. Current routine outcome monitoring undermines valid quality measurement. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 179-81.

- Nugter A, Keet R, Dhondt T. Reactie op 'ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring'. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 307-8.
- Riteco JA. Richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek. Amstelveen: College voor Zorgverzekeringen; 1999.
- SBG. Zorgdomeinen, meetdomeinen, meetinstrumenten 20130701 Addendum bij Minimale Dataset. 2013.
- Os J van, Kahn R, Denys D, e.a. ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 245-53.
- Weehuizen R. Mental Capital – The economic significance of mental health. Maastricht: Universitaire pers Maastricht; 2008.

SUMMARY

Cost-effectiveness in Dutch mental health care: future because of ROM?

M. VAN AGTHOVEN, A. VAN DER KOLK, H. KNEGTERING, PH.A.E.G. DELESPAUL, J. ARENDS, P.P.T. JEURISSEN, P.F.M. KRABBE, R. HUIJSMAN, R. LUIJK, E. DE BEURS, L. HAKKAART-VAN ROIJEN, R. BRUGGEMAN

BACKGROUND The document reporting Dutch mental health care negotiations for 2014 - 2017 calls for a cost decrease based on cost-effectiveness. Thanks to ROM, the Dutch mental health care seems well prepared for cost-effectiveness research.

AIM Evaluate how valid cost-effectiveness research should be established in mental health care and the role of ROM therein.

METHOD Evaluation of requirements of cost-effectiveness research, trends, and a translation to Dutch mental health care.

RESULTS Valid cost-effectiveness research in mental health care requires the application of a societal perspective, a long time-horizon and an adequate evaluation of quality of life of patients. Healthcare consumption, outcome of care and characterisation of the patient population should be measured systematically and continuously. Currently, ROM-data are not suitable to serve as a basis for cost-effectiveness research, although a proper basis is present. Further development of ROM could lead to a situation in which mental health care is purchased on the basis of cost-effectiveness. However, cost-effectiveness will only really be improved if quality of care is rewarded, rather than rewarding activities that are not always related to outcome of care.

CONCLUSION Cost-effectiveness research in mental health care should focus on societal costs and benefits, quality of life and a long time-horizon. If developed further, ROM has the potential to be a basis for cost-effectiveness research in the future.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)9, 672-679

KEY WORDS cost-effectiveness, routine outcome monitoring, quality