

Meedoen aan Doorbraakproject ROM

ERVARINGEN VAN EEN POLIKLINISCH TEAM PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN

Door de nadruk op het behalen van de minimale responspercentages werd het routinematig monitoren van patiënten in de GGZ (ROM) ervaren als een noodzakelijk kwaad. In het Doorbraakproject ROM stonden de oorspronkelijke bedoelingen (ROM als hulpmiddel/informatiebron in de behandeling en voor kwaliteitsmanagement van behandelprogramma's) centraal en gingen teams aan de slag met ROM in de dialoog tussen patiënt en behandelaar (als bouwsteen van 'Shared Decision Making') of met geaggregeerde ROM-gegevens om ervan te leren. Een verslag van een deelnemend team dat wilde leren van ROM.

G.E. van Son en A.B.L. van der Torre

Routine Outcome Monitoring (ROM) wordt gezien als een belangrijk instrument om de kwaliteit van behandelingen in de GGZ te verbeteren (Nugter, 2012). Zowel in de behandelkamer waarbij ROM-metingen een hulpmiddel zijn bij het nemen van beslissingen over de koers van de behandeling, als op geaggregeerd niveau waarbij resultaten over de patiëntgroep aanleiding kunnen zijn voor verbeteracties. In het Bestuurlijk Akkoord GGZ van 2010 werd afgesproken dat bij minimaal 50% van de in de GGZ behandelde patiënten per DBC een voor- en nameting zou worden afgenomen. Deze gegevens werden door Stichting Benchmark GGZ verwerkt tot benchmarkrapportages over de behandelresultaten van GGZ aanbieders. Met deze afspraken ontstond er grote druk op aanbieders in de GGZ om bij hun patiënten ROM metingen af te nemen. Dit leidde ertoe dat er wel veel meer metingen werden afgenomen, maar niet dat deze resultaten in de behandelkamer werden besproken, laat staan een grotere rol gingen spelen in de beslissingen over de koers van de behandeling. ROM-metingen werden gezien als een noodzakelijk kwaad. In

2014 startte het Trimbos Instituut (in opdracht van het Landelijk Platform GGZ, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het Nederlands Instituut van Psychologen en GGZ Nederland en gefinancierd door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ) het Doorbraakproject ROM met het doel een brede impuls te geven aan ROM als kwaliteitsinstrument binnen de GGZ (<https://doorbraakrom.trimbos.nl>). Teams konden in twee rondes meedoen aan het project op één van de twee niveaus: 1) in de dialoog tussen patiënt en hulpverlener, als bouwsteen van Shared Decision Making en 2) binnen teams om te leren van geaggregeerde ROM-data. Het poliklinische team Schematherapie Persoonlijkheidsstoornissen van GGZ Rivierduinen participeerde in het Doorbraakproject ROM op het onderdeel 'Leren van ROM data'.

Motivatiedeelname

Het team nam deel aan het Doorbraakproject ROM omdat de behandelaren naast de verplichte ROM-vragenlijst, gericht op klachten en symptomen, beter ondersteund wilden worden bij de afname van therapiegerelateerde vragenlijsten. Deze specifieke instrumenten genereerden volgens het team meer informatie om de richting en voortgang van de therapie samen met de patiënt te bepalen. Dit sloot goed aan bij de ontwikkelingen die binnen het team gaande waren om meer grip te krijgen op langdurige behandelingen.

Het deelnemende team bestond uit zes schematherapeuten en vijf vaktherapeuten/sociotherapeuten. Hiervan waren twee psychotherapeuten afgevaardigd in het doorbraakprojectteam dat daarnaast bestond uit een projectleider, een onderzoeker, een ervaringsdeskundige en een medewerker ROM.

Het projectteam vergaderde tweewekelijks een

uur over de voortgang. Het schematherapie-team maakt onderdeel uit van een grotere organisatorische eenheid, de polikliniek persoonlijkheidsstoornissen. Vanuit het Doorbraakproject werd gevraagd een vergelijkbaar team te werven dat fungeerde als schaduwteam. Het idee was dat dit team na afloop van het Doorbraakproject de verbeteracties zou implementeren.

Verbeteracties formuleren

Gedurende het traject formuleerde het team twee verbeteracties, namelijk: 1) het verbeteren van de ROM-afname waarin schematherapie-vragenlijsten YSQ (Young Schema Questionnaire) en SMI (Schema Mode Inventory) naast de verplichte instrumenten worden afgenomen, 2) het verkorten van behandelduur met behoud van positief behandelresultaat.

Het verbeteren van de ROM-afname hield in dat het team voor alle instrumenten (specifiek en generiek) gebruik kon maken van het digitale afnamesysteem. Dit had als voordeel dat het efficiënt was: door niet meer op papier de lijsten af te nemen maar digitaal werd het makkelijker de beschikbare informatie terug te koppelen aan de patiënt bij tussentijdse evaluaties van de behandeling. Het digitale systeem hielp ook om het afgesproken afnamebeleid daadwerkelijk uit te voeren, zodat het team kon bouwen aan een database van waaruit onderzoek gedaan kon worden. Het tweede doel, het verkorten van behandelduur met behoud van positief behandelresultaat, stond niet direct op de voorgrond, maar werd gaandeweg het traject geformuleerd. Het kwam voort uit de constatering dat er wachtlijsten waren voor behandeling bij het team en dat er relatief veel langdurige behandelingen werden aangeboden waarbij het behandelresultaat tegenviel.

Deelname aan Doorbraakproject ROM: wat ging goed?

Het digitaal afnemen van vragenlijsten
Het is gelukt om de YSQ en de SMI in het ROM-afnamesysteem beschikbaar te maken voor het team. Het digitaal ontsluiten had als resultaat dat er vaker tussentijdse en eindmetingen werden afgenomen, volgens het afgesproken afnamebeleid. Teamleden hebben het werken met het digitale afnamesysteem (mits de grafische presentatie goed was, zie ook 'wat was moeilijk') als positief ervaren. Vooral positief was dat er nu afkappunten per subschaal (ook visueel) beschikbaar kwamen. Daarnaast was het tijdens gesprekken met patiënten makkelijker om terug te grijpen op eerdere metingen en waren de ontwikkelingen over de tijd



Montae

Een doorbraak; ROM kan echt helpen bij verbeteren behandeling.

nu duidelijker zichtbaar. De aan het doorbraakteam verbonden ervaringsdeskundige gaf feedback over de haalbaarheid van het afnamebeleid en deelde haar ervaringen over het invullen van ROM-vragenlijsten en het bespreken van de resultaten met de behandelaar. De les was dat patiënten de afname van de ROM-vragenlijsten waarderen, ook als deze lang(er) zijn. Voorwaarde is dat de resultaten worden besproken en dat het hen helpt om samen met de behandelaar de richting van de therapie te bepalen.

Bewustwording door visuele weergave

Vanuit het Doorbraakproject ROM werd de projectgroep gestimuleerd na te denken over relevante uitkomstmaten en in een vroeg stadium van het Doorbraakproject deze grafisch weer te geven. In de eerste grafiek waren de patiënten (anoniem) te zien die hun behandeling in 2014 hadden afgesloten met de doorlooptijd van het zorgtraject (in maanden) en de hoeveelheid directe tijd (in uren). Dit was een belangrijke grafiek, omdat het voor het eerst

Impuls geven aan ROM
als kwaliteitsinstrument binnen de GGz

een visueel beeld schetste van de situatie. Het leidde tot bewustwording. Zo was te zien dat een derde van de patiënten langer werd behandeld dan in het zorgprogramma was beoogd. Daarnaast waren er duidelijke verschillen tussen de patiënten wat betreft de directe behandeltime. De grafiek genereerde allerlei vragen bij het team zoals: "Zijn er variabelen die voor-

spellen welke patiënt een hoog risico loopt op weinig behandelresultaat en/of een langdurige behandeling?”

Criteria ‘om aan afsluiting te denken’

Het team werd uitgedaagd verder na te denken over hoe de ROM-metingen kunnen ondersteunen bij het samen met de patiënt nemen van beslissingen over de koers van de behandeling. Zo formuleerde het team en de ervaringsdeskundige criteria waarbij gedacht kon worden aan het afsluiten van de behandeling. Met opzet was gekozen voor de term ‘denken aan’, zodat het een handreiking zou blijven en geen dwingend voorschrift. Als patiënten aan de criteria voldeden, kan een mogelijke afsluiting besproken worden met de patiënt en in de multidisciplinaire behandelplanbespreking. Zo werd het afsluiten van een behandeling een door het team en patiënt gedragen beslissing. Uiteindelijk werden twee werkzame criteria geformuleerd die aansloten bij de theorie over schema-gerichte therapie. Twee subschalen (‘blijve kind’ en ‘gezonde volwassene’) van de SMI vragenlijst moeten relatief als hoogste scoren van alle subschalen en bovendien groei laten zien gedurende de behandeling. Dit patroon was ook daadwerkelijk in de ROM-data te zien. Besloten werd om bij de behandelplanbesprekingen de ROM-resultaten voortaan op de muur te projecteren met een beamer, zodat de opeenvolgende ROM-metingen van de patiënt te zien zijn.

Wat was moeilijk?

Wat tegenviel was dat één vragenlijst moest worden ingebouwd in het digitale afname-systeem. Dit kostte veel meer tijd en moeite dan gedacht. Tot op heden laat de grafische weergave van de lijst te wensen over en dat maakt dat het bespreken van de resultaten van deze lijst lastig. Dit leidde tot frustratie en zorgde er helaas voor dat nog steeds vragenlijsten op papier werden afgenomen (en later digitaal in het systeem werden toegevoegd).

Een andere tegenvaller was de moeite die het kostte om over het specifieke team relevante data uit het systeem te halen, omdat het doorbraakteam onderdeel uitmaakt van een grotere organisatorische eenheid (OE) waarbij de OE de laagste eenheid in het datasysteem is. Het lukte uiteindelijk wel om per behandelaar de juiste informatie op te vragen.

De hoeveelheid afgenomen vragenlijsten YSQ en SMI bleek bij start van het project minder dan verwacht. Doordat de afname door schematherapeuten zelf op papier werd gedaan en er geen eenduidige afspraak was over het bewaren van ingevulde vragenlijsten, zijn er veel

gegevens verloren gegaan die gebruikt hadden kunnen worden voor data-analyse. Denk aan: niet bewaarde vragenlijsten of alleen somscores bewaard, andere tijdsintervallen aangehouden en geen nametingen aanwezig. Er werd een inhaalslag gemaakt met het alsnog in het digitale systeem invoeren van papieren vragenlijsten van patiënten die nu nog in behandeling zijn. Doordat er te weinig data waren over te weinig personen, kon een aantal analyses (zoals onderzoek naar voorspellers) nog niet uitgevoerd worden. Het is de ambitie om na het einde van het Doorbraakproject en zodra er voldoende data zijn verzameld, deze analyses alsnog uit te voeren.

Behandeltrajecten voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen duren in zijn algemeenheid langer dan één jaar. Het volledig doorlopen van een Plan-Do-Check-Act cyclus met als uitkomstmaat ‘het verkorten van behandelduur met behoud van behandelresultaat’ was niet te realiseren binnen één jaar Doorbraakproject ROM. Achteraf gezien paste dit doel dus niet binnen het Doorbraakproject.

Tenslotte blijft implementatie in de praktijk kwetsbaar. Er is uiteindelijk geen schaduwteam dat de werkwijze overneemt. Ook bedreigen technische problemen de verbeteracties, zoals de visuele weergave van de SMI-vragenlijst, een haperende beamer en de tijd die het kost om de gegevens van individuele patiënten te kunnen oproepen tijdens een behandelplanbespreking. Kortom, er is constante aandacht nodig om de gekozen werkwijze te blijven hanteren en verbeteren waar mogelijk.

Literatuur

Nugter M.A. & Buwalda V.J. (2012) Achtergronden en gebruiksmogelijkheden van ROM in de ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54 (2): 111-120

Informatie over de auteurs

Dr. Gabriëlle van Son werkt als senior onderzoeker bij de afdeling Zorg en Kwaliteit van GGZ Rivierduinen.

Drs. Angela van der Torre werkt als psychotherapeut bij de Polikliniek Persoonlijkheidsstoornissen, Locatie Leiden, GGZ Rivierduinen.