

ROM vraagt verandering van gedrag en cultuur

De druk om inzicht te geven in de behandelresultaten door middel van ROM (Routine Outcome Monitoring) wordt opgevoerd in de GGZ. In 2012 moesten instellingen voor 30 procent van alle patiënten begin- en eindmetingen aanleveren aan de SBG (Stichting Benchmark GGZ). Dit percentage is niet gehaald volgens de SBG. Zorgverzekeraars gaan daarom financiële maatregelen treffen. Q-Consult heeft bij verschillende GGZ-instellingen onderzoek gedaan naar de kritieke succesfactoren en randvoorwaarden bij de implementatie van ROM. Wat zijn succes- en belemmerende factoren? En wat hebben instellingen nodig om ROM te integreren in het gehele behandelproces?

Door: Y. van Vught en N. van Vemde

Het onderzoek bestond uit een literatuurstudie en interviews met projectleiders en behandelaren bij zes willekeurige GGZ-instellingen (De Bascule, De Viersprong, Dimence, GGZ Oost-Brabant, Pro Persona en Tactus) en met een beleidsadviseur ROM bij GGZ Nederland. Op deze manier hebben we een kwalitatieve inventarisatie gedaan van de factoren die een rol spelen in het implementatieproces.

ROM staat nog los van de reguliere behandelpraktijk

GGZ-instellingen hebben verschillende maatregelen getroffen om de implementatie van ROM te bevorderen. Ook overkoepelende organisaties en beroepsverenigingen zijn ermee bezig. Op 14 maart 2013 is een werkconferentie georganiseerd door de SBG, GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), het Landelijke Platform GGZ, de SBG, GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben een verkenning gedaan voor de doorontwikkeling van de ROM-implementatie. Daarnaast hebben expertraden de taak gekregen om op onafhankelijke wijze de ROM-vragenlijsten te ontwikkelen.

Tijdens de interviews zagen we dat de toepassing van ROM moeilijk blijft. ROM is nog niet geïntegreerd in het standaard behandelproces. Het staat nog los van de reguliere behandel-

praktijk. De boodschap van zorgverzekeraars is heel duidelijk. Er volgen financiële consequenties als er onvoldoende gegevens aan de SBG worden aangeleverd. Hierdoor ontstaat bij behandelaren de neiging om de ROM-lijsten alleen in te vullen omdat zij zich verplicht voelen en niet omdat zij ROM zien ter ondersteuning van de behandeling. De ROM-lijsten worden dan ook maar zelden besproken met de patiënt. Het doel om de behandelresultaten van cliënten door middel van ROM te verbeteren, kan op die manier niet worden gerealiseerd. De voordelen en het waarom van ROM zijn nog niet tot iedereen doorgedrongen. Dit geeft aan dat hierin, en in de betrokkenheid van behandelaren, nog veel winst te behalen valt.

Succesfactoren

Duidelijk succesvol bij de ROM-implementatie is het gebruik van een goed logistiek systeem. Zo helpt een online applicatie bij de koppeling aan het EPD. En ook bij het automatisch en routinematig benaderen van respondenten om online vragenlijsten in te vullen. Door ROM standaard in te plannen in de agenda's van de behandelaren, krijgen zij ruimte om ROM ook daadwerkelijk toe te passen. Bovendien werkt het als herinnering. Door patiënten te vragen een kwartier voor aanvang van een behandelgesprek aanwezig te zijn, kunnen ze op locatie de lijst invullen. Zo kunnen instellingen de medewerking van patiënten bevorderen.



Yvonne van Vught



Nathalie van Vemde

Een duidelijk geprotocolleerde behandeling maakt het gebruik van ROM eenvoudiger. Hoe meer geprotocolleerd een behandeling is, hoe gemakkelijker ROM in het behandelproces is toe te passen. Verder zagen we dat het standaard bespreken van de ROM-lijsten in het MDO helpt om behandelaren te motiveren. Duidelijke afspraken zijn hierbij nodig. Zo kan de organisatie bijvoorbeeld afspreken om patiënten zonder ingevulde ROM-lijst niet in het MDO te bespreken. Om meer druk te geven kun je als organisatie ook besluiten om patiënten zonder begin-ROM geen behandeling te geven. De vraag is alleen in hoeverre het acceptabel en rechtvaardig is om een patiënt niet te behandelen wanneer dat wel nodig is.

Belemmerende factoren

In veel instellingen ligt de nadruk op de financiële consequenties wanneer ROM onvoldoende wordt toegepast. De communicatie vindt bovendien vooral top-down plaats. Er is weinig overleg met en inspraak vanuit de behandelaren. Hierdoor wordt ROM een door de top van het bedrijf opgelegde methodiek 'omdat het moet'. Zo is het eigenlijk al gedoemd te mislukken. Veel behandelaren hebben inmiddels wel de kennis over en inzicht in ROM, maar het ontbreekt hen aan bereidheid om te veranderen. Dit is vooral zichtbaar omdat de behandelaren geen routine hebben in het toevoegen van ROM. Een gebrek aan intrinsieke motivatie en urgentiebesef van zowel behandelaren, als ook van de teamleiders, werkt hierbij belemmerend.

Behandelaren geven aan dat het invullen van de ROM-lijsten veel tijd kost en dat het er simpelweg bij inschiet. De resultaten worden bovendien maar zelden met de patiënt besproken. ROM blijkt niet altijd binnen het behandelproces te passen. Pas wanneer ROM standaard in het behandelplan wordt opgenomen, zal ROM onderdeel worden van de routine en daadwerkelijk waarde kunnen toevoegen. Verder ontbreekt het vaak aan medewerking van patiënten doordat ze het nut van de vragenlijst niet snappen en er daarmee geen prioriteit aan geven. Het is daarom belangrijk om patiënten tijdig te informeren.

Veel ingevulde lijsten blijken buiten de gestelde eisen van de SBG te vallen, waardoor deze niet meetellen. In veel GGZ-instellingen zagen we dat de ROM-metingen plaatsvinden op behandelniveau, terwijl de SBG meet op DBC-niveau. Wanneer bijvoorbeeld de eerste ROM-meting bij de intake wordt afgenomen, maar door wachtlijsten het eerste behandelcontact pas drie maanden later plaatsvindt, telt de meting

niet mee voor de SBG. Dat de SBG op DBC-niveau meet is lastig, omdat instellingen tegelijkertijd ook willen dat behandelaren hun behandeling afstemmen op het resultaat van de ROM-metingen. Een aantal GGZ-instellingen kiest daarom het perspectief 'wij gaan meten omdat wij de kwaliteit van zorg inzichtelijk willen maken en niet omdat wij cijfers moeten aanleveren. Wij meten op de manier die bij ons past'. Feit is wel dat ook deze instellingen lagere ROM-cijfers hebben dan in werkelijkheid door de meting op DBC-niveau.

In de praktijk hoorden we duidelijk meer belemmerende factoren dan succesfactoren bij de geïnterviewde instellingen. In tabel 1 worden de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren samengevat.

Bevorderend	Belemmeren
1. Een goed logistiek systeem	1. Onvoldoende dialoog tussen het management en de werkvloer in gebruik ROM en advies van werkvloer hoe ROM beter in te zetten.
2. Behandelaren en patiënten ruimte geven om ROM-lijsten in te vullen	2. Gebrek aan intrinsieke motivatie en urgentiebesef
3. Een duidelijk geprotocolleerde behandeling	3. Niet terugkoppelen van de resultaten aan de patiënt
4. ROM-lijsten standaard bespreken in het MDO	4. Onvoldoende medewerking van patiënten
	5. Eisen van de SBG

Tabel 1. Bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie ROM.

Wat is dan nu de meest belemmerende factor bij de implementatie van ROM? Uit alle interviews komt naar voren dat als instellingen de ROM alleen implementeren *omdat het moet* en daarbij geen eigen visie op het doel van ROM hebben, de implementatie bij de start al mislukt. Focus van de inspanning is (net zoals bij ieder implementatietraject) een gezamenlijk doel te bepalen met management en werkvloer over ROM zodat het past bij de bedrijfsvoering van de zorginstelling.

'Op dit moment is ROM nog geen onderdeel van mijn dagelijkse routine.'

Randvoorwaarden

Na het in kaart brengen van de succes- en belemmerende factoren, is het zinvol om de randvoorwaarden voor een gedegen ROM-implementatie te formuleren. Hoe kunnen instellingen er nu voor zorgen dat ROM wel succesvol en structureel wordt geïmplementeerd? Een eerste randvoorwaarde is de inte-

gratie van ROM in de gehele formele structuur van de GGZ. Om te zorgen dat het gebruik van ROM een routinematige handeling wordt, moeten instellingen ROM integreren in het standaard behandelplan. Er moet voldoende tijd en ruimte zijn om het proces zo min mogelijk belastend te maken. Want als de organisatie er geen tijd en ruimte voor maakt, waarom zou een behandelaar dit dan wel doen?

‘De implementatie van ROM vraagt in feite om een gedragsverandering. Op dit moment zijn we in de fase van het creëren van intrinsieke motivatie en van urgentiebesef.’

Een enthousiaste projectleider met voldoende expertise is een essentiële randvoorwaarde. Dat wil zeggen iemand met inhoudelijke kennis over de ROM-lijsten en SBG-eisen, maar ook met kennis over verandermanagement en implementatiestrategieën. De projectleider moet in staat zijn om draagvlak te creëren en een cultuurshift te realiseren. Hij moet consequent zijn en druk kunnen zetten. De meerwaarde van ROM voor de cliënt moet worden

benadrukt en de prioriteit moet bij ROM komen te liggen. Tijdige en heldere communicatie is hierbij belangrijk waarbij er voortdurend een dialoog is tussen management en werkvloer. Korte lijntjes van het management, de projectleider en de teamleider naar de behandelaar en van de behandelaar via dezelfde route weer terug naar het management, maakt de sturing makkelijker. Verder is het belangrijk dat het implementatieproces continu wordt geëvalueerd en men steeds blijft kijken naar verbetermogelijkheden. Daarnaast is het van belang dat de teamleider een duidelijke en afgebakende rol in het ROM-proces heeft. Maak in deze rol helder welke verantwoordelijkheid de teamleider heeft; is de teamleider de regisseur voor ROM in zijn team, faciliteert de teamleider de randvoorwaarden voor ROM, is de teamleider eindverantwoordelijk over percentage ROM en/of spreekt de teamleider de behandelaren aan op gebruik van ROM in behandelproces?

Ook een goede terugkoppeling naar patiënten is belangrijk. Vanuit behandelaren is het essentieel dat zij de metingen consequent herhalen en terugkoppelen naar de patiënt, zodat het de kwaliteit van de behandeling en het behandelproces ook daadwerkelijk ten goede komt. De patiënten moeten goed worden geïnformeerd, zodat ook zij op de hoogte zijn van de gang van zaken. Informeren vóór start van de behandeling is daarvoor belangrijk, maar ook het terugkoppelen van de resultaten na afloop. Dit motiveert de patiënt, maar ook de behandelaar om er actief mee aan de slag te gaan. Daarnaast wordt het gebruik van ROM zinvoller door vragenlijsten te gebruiken die zijn afgestemd op de behandelpraktijk. Wanneer meer aandacht wordt gegeven aan het gebruik van ROM in de behandeling zullen de cijfers voor de SBG op den duur hoger uitvallen, dan wanneer instellingen zich puur en alleen richten op de financiële consequenties.

Wat betreft het gebruik van ROM als feedback-instrument, is een goed logistiek systeem met goede ICT-ondersteuning een randvoorwaarde. Een snelle en heldere visuele presentatie van ROM-uitkomsten en een beperking van de hoeveelheid gegevens zijn hier onmisbaar.

ROM als gedragsverandering

De implementatie van ROM is een proces waar gedragsverandering aan ten grondslag ligt. Het invoeren van ROM in de dagelijkse routine vraagt effectieve communicatiestrategieën en het wegnemen van belemmeringen. Er moet een cultuurverandering plaatsvinden. Wanneer

Wat is bekend?

ROM als meetinstrument is bekend bij zorginstellingen en de behandelaren. Ook het doel van ROM om inzicht te geven in de behandelresultaten en de relatie tot financiën is duidelijk. Daarnaast zijn zorginstellingen actief in het aanpassen/ontwikkelen van vragenlijsten die beter aansluiten op de patiëntengroepen. Ook is helder dat ROM nog niet succesvol binnen de GGZ is geïmplementeerd.

Wat is nieuw?

Wat opvallend is, is dat het belang van het meetinstrument door GGZ-instellingen verschillend wordt ingevuld en dat dit grotendeels komt door de cultuur van de organisatie. Als een zorginstelling ROM alleen ziet als meetinstrument voor de zorgverzekeraar, wordt het niet meegenomen in de bedrijfsvoering van deze instelling. De ROM is daarmee een losstaand meetinstrument. Een zorginstelling die ROM echter inzet als meetinstrument voor de kwaliteit van zorg, heeft ROM meer verankerd in de behandelstructuur. De cultuur is hier gericht op continu verbeteren. Die cultuur uit zich in gedrag dat voor nieuwe ontwikkelingen (zoals ROM) ruimte wordt gemaakt in de organisatie.

Wat kun je ermee?

Een introductie van een meetinstrument als ROM gaat nooit alleen om het instrument. Bij de introductie van een nieuw meetmiddel, methode of systeem is het essentieel voor de organisatie om het nut ervan helder te hebben. Dit nut moet in dialoog tussen management en werkvloer worden gecommuniceerd, waarbij de centrale vraag is: ‘Hoe bedden wij deze nieuwe ontwikkeling in in onze bestaande organisatie?’ De implementatie van ROM is een proces waar gedragsverandering aan ten grondslag ligt.

Fase	Mogelijke knelpunten
Oriëntatie	■ Niet op de hoogte ■ Geen interesse
Inzicht	■ Geen kennis of begrip ■ Geen inzicht in of overschatting van eigen handelen
Acceptatie	■ Negatieve houding ■ Niet bereid te veranderen
Verandering	■ Niet starten met invoering ■ Onvoldoende succes
Behoud	■ Geen integratie in routines ■ Geen verankering in de organisatie

Tabel 2. Vijf fasen in het individueel veranderproces (Grol en Wensing, 2006).

we kijken naar de vijf fasen van het individueel veranderproces van Grol en Wensing (2006) (zie tabel 2), zijn fase 1 en 2 (oriëntatie en inzicht) veelal behaald, maar fase 3, 4 en 5 (acceptatie, verandering en behoud) nog niet. Op dit moment begint de acceptatie langzamerhand vorm te krijgen. De zorginstellingen die intrinsiek gemotiveerd zijn ROM toe te passen en onder andere eigen vragenlijsten hebben ontwikkeld, bevinden zich al in fase 4 (verandering). Het behoud en dus borgen van ROM zijn essentieel om het doel van ROM – de kwaliteit van de behandeling verbeteren – daadwerkelijk te bereiken. Hiervoor moeten het gebruik en het bespreken van de ROM-lijsten goed zijn ingebed in de cyclus van de behandelplanevaluatie.

12 praktische tips om de ROM-implementatie te bevorderen

Op basis van de interviews hebben we twaalf praktische adviezen opgesteld om de implementatie van ROM te bevorderen (zie tabel 3).

1. Integreer ROM als standaardstap(pen) in het behandelprotocol.
2. Zorg dat de toepassing van ROM past naast andere innovaties en ontwikkelingen binnen de organisatie. Maak er ruimte voor!
3. Zorg voor een koppeling van ROM aan het EPD.
4. Plan het invullen van de ROM-lijsten standaard in de agenda's van behandelend personeel in.
5. Faciliteer korte lijnen in de communicatie van management naar werkvloer en vice versa.
6. Kies ROM-lijsten die aansluiten op de behandelpraktijk.
7. Maak het gebruik van ROM zinvoller door frequenter te meten.
8. Bespreek de ROM-uitkomsten standaard in het MDO.
9. Informeer patiënten over de werkwijze van ROM en benadruk de meerwaarde voor hen. Laat hen dit ook ervaren.
10. Maak van het geven van feedback aan patiënten een vast onderdeel tijdens het behandelcontact.
11. Zorg voor feedback van de resultaten in de vorm van directe, visueel aantrekkelijke en relevante grafieken.
12. Laat de uitkomstenmeting als procescontrole dienen.

Tabel 3. Praktische tips om ROM-implementatie te bevorderen.

Literatuur

Grol, R. & M. Wensing (2006). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.
Harteloh, P.P.M. & A.F. Casparie (1994). *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. De Tijdstroom, Utrecht.

Informatie over de auteurs

Yvonne van Vught heeft aan het onderzoek meegewerkt in het kader van haar afstudeeronderzoek aan de universiteit van Wageningen. **Nathalie van Vemde** is als consultant in dienst bij Q-Consult bedrijfskundige adviseurs met aandachtsgebied kwaliteit & veiligheid in de zorg. Correspondentieadres: Q-Consult, Zeelandsingel 40, 6845 BH Arnhem. nathalie.vvemde@qconsult.nl