

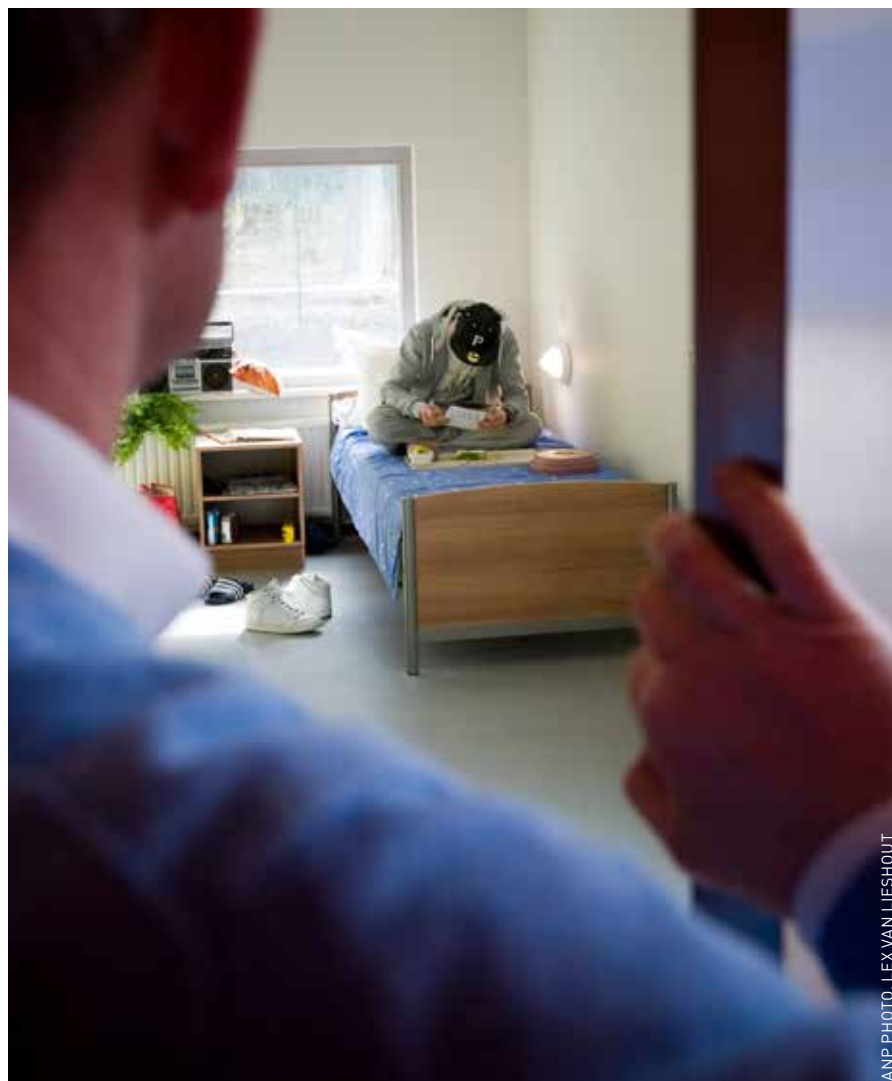
Henk Maassen

h.maassen@medischcontact.nl

@medischcontact

# ROM onder vuur: feiten en meningen

Psychiaters willen stoppen met *routine outcome monitoring* (ROM). Maar minister, zorgverzekeraars en GGZ Nederland willen doorgaan. De kwestie in vier vragen.



Een groep psychiaters, psychologen en patiënten roept op een eind te maken aan het verplicht aanleveren van zogeheten ROM-gegevens aan de Stichting Benchmark GGZ (SBG). ROM staat voor *routine outcome monitoring*, het regelmatig beoordelen van de voortgang in de behandeling van een patiënt. SBG verzamelt deze data en maakt op basis daarvan rapportages over de prestaties van behandelaars en instellingen, en geeft daarmee instellingen en zorgverzekeraars inzicht in de behandelresultaten. De groep benadrukt beslist niet tegen het meten van kwaliteit te zijn, maar vindt dat de manier waarop dat nu gebeurt wetenschappelijk onjuist is. Aanleiding voor de oproep – en een website: [stoprom.com](http://stoprom.com) – is een recent rapport van de Algemene Rekenkamer dat negatief oordeelt over het gebruik van ROM voor dit doel. 28 hoogleraren psychiatrie en psychologie steunen inmiddels de actie.

## 1 Wat is ROM?

*Routine outcome monitoring* is het regelmatig meten van klachten, functioneren en welbevinden van patiënten tijdens hun behandeling. Dat gebeurt met gevalideerde vragenlijsten die specifiek zijn voor bepaalde psychiatrische ziektebeelden. Patiënten vullen de vragenlijsten zelf in, aangevuld met beoordelingen van de behandelaar. ROM werd al enige jaren toegepast in de behandelpraktijk voordat het vanaf 2010 dankzij een zogeheten bestuurlijk akkoord tussen partijen in de ggz verplicht werd. Vanaf dat moment hadden de uitkomsten een driedelig doel: niet alleen het volgen van het verloop van de individuele behandeling, maar ook vergelijkingen tussen instellingen (benchmarken) mogelijk maken en op termijn informatie verschaffen aan zorgverzekeraars, zodat ze zorg kunnen inkopen op basis van de kwaliteit van de zorgaanbieders.

## 2 Wat is er mis met ROM?

Veel, volgens de Algemene Rekenkamer: het is onmogelijk om met behulp van ROM-data de kwaliteit van instellingen en behandelaars te vergelij-

ANP PHOTO, LEXVAN LIESHOUT

ken, want de methodologie deugt niet. De data voldoen niet aan eisen van betrouwbaarheid, volledigheid en vergelijkbaarheid van de uitkomsten. Zo meet je met ROM het resultaat direct na een behandeltraject, waardoor het herstel op de lange termijn buiten beschouwing blijft. Terwijl in de ggz juist herstel op de lange termijn een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de zorg is. Vooral patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening vallen buiten het zichtveld van de ROM, meent de Rekenkamer. Want het is bij deze groep moeilijk te voorspellen hoe de ziekte verloopt, hoelang de behandeling duurt en wat de uitkomst zal zijn.

Gelijksoortige bezwaren werden ook al eens geformuleerd door de acht kernhoogleraren psychiatrie in een artikel dat in 2012 in het Tijdschrift voor Psychiatrie is verschenen. De Maastrichtse hoogleraar Jim van Os was één van hen. Hij legt het nog eens uit: 'Op populatieniveau wil je weten hoeveel mensen met een bepaalde ziekte, depressie bijvoorbeeld, een behandeling krijgen en hoe goed een instelling is in het faciliteren daarvan. Dat die behandeling werkt, dat weten we allang. Dat hoeven we niet meer te meten. Zoals we het nu meten, levert het echter onbruikbare gegevens op: een instelling kan fantastische resultaten hebben omdat ze patiënten selecteren die makkelijk te behandelen zijn ('mooie ROM-scores') terwijl ze de shit buiten de deur houden. Het grote probleem van de ggz is namelijk niet dat mensen met een "eenvoudige" depressie niet beter worden, maar dat zodra een patiënt ingewikkeld is – denk aan: depressie én verslaving of depressie én een verstandelijke beperking – hij door het systeem wordt uitgekotst. En dat wordt niet gemeten!' Van Os heeft nog een bezwaar: patiënten weten van niks. Hulpverleners leveren de data aan de Stichting Benchmark GGZ zonder informed consent. Van Os levert daarom geen ROM-gegevens aan de SBG: 'Onze jurist heeft gezegd dat we niet zomaar data kunnen leveren – ook al zijn die geanonimiseerd – aan een club die wordt betaald door de zorgverzekeraars.'

Laatste kritiekpunt: grote ggz-instellingen zouden tegenwoordig studenten en andere krachten inhuren om de verplichte ROM-lijsten in te vullen. Psychiaters in het veld bevestigen dat. Bij sommige instellingen zijn er medewerkers die de hele dag niets anders doen. Psychiater en MC-blogger Menno Oosterhoff, initiatiefnemer van stoprom.com: 'De data zijn alleen al daarom waardeloos.' 'De oorspronkelijke bedoeling: het volgen van de behandeling bij individuele patiënten, wordt zo steeds meer verdrongen, met kwaliteitsverlies als gevolg', voegt Van Os daaraan toe.

### 3 Wie zijn het oneens met deze kritiek?

Nogal wat 'partijen in het veld': minister Schippers bijvoorbeeld is het niet eens met de conclusie van de rekenkamer dat ROM-gegevens voor een belangrijk deel niet aansluiten op de behandelpraktijk. Ook Zorgverzekeraars Nederland ziet het nog zitten en zegt in een persverklaring dat de kwaliteit van de gegevens zodanig is 'dat benchmarken op populatieniveau mogelijk is'. Maarten Erenstein, directeur van de Stichting Benchmark GGZ, zegt dat er genoeg instellingen zijn die dankzij ROM-gegevens nu al aan hun kwaliteit werken. De data geven feedback en laten zien 'aan welke knoppen je moet draaien om verbetering tot stand te brengen'. Volgens hem is het verder niet duidelijk wat de Rekenkamer bedoelt met hoge eisen van 'betrouwbaarheid, volledigheid en vergelijkbaarheid van de uitkomsten'. 'Ze geven er in het rapport geen definitie van.' Hij geeft wel toe dat de huidige data beperkingen kennen: 'Maar daar kunnen we over in gesprek gaan met de behandelaren. En beter data met wat ruis, dan helemaal geen data.' Erenstein benadrukt dat ROM onderdeel van de behandeling is: 'ROM is *good clinical practice*. Het is daarom aan de behandelaar om ROM goed in te zetten; als dat niet gebeurt is dat vervelend, maar als uitvoerende instantie kunnen wij daar niets tegen doen.'

De federatie van psychologen, psychos-

therapeuten en pedagogen, P3NL, zit op dezelfde lijn en wil beslist niet van ROM af: verschillen in ROM-gegevens kunnen dienen als leermiddel in intervisie en supervisie ('leren door vergelijking met vergelijkbare anderen') op het niveau van de individuele behandelaar, afdeling of instelling. Als richtsnoer voor uitkomstbesteding is het nog veel te vroeg. Dat vindt ook GGZ Nederland. Volgens een woordvoester moeten ROM-data niet worden gezien als wetenschappelijk onderzoek, maar als ervaringen van patiënten. 'Vanuit dat perspectief bezien dienen de ROM-gegevens ook te worden beoordeeld.' ROM draagt volgens haar bij aan *shared decision making* en daarmee aan gepaste zorg. 'Wij vinden het belangrijk om transparant te zijn over de kwaliteit die wordt geleverd in de ggz. Dat kan onder andere met ROM-data.'

### 4 Hoe kan het anders of misschien zelfs beter?

Jim van Os: 'Zorgverzekeraar CZ – waar ze nu alvast nadenken over een slimmer systeem: ik noem dat visionair – financiert onderzoek naar een meetsysteem waarbij de patiënt continue data over zijn aanpassing aan het dagelijks leven verzamelt: de *experience sampling*-methode. Je kijkt dan op een fijnmazig niveau naar het effect van een behandeling.' Dat verbetert de klinische toepassing van ROM. Op het geaggregeerde niveau van instellingen moet en kan het ook anders, meent Van Os. 'De kwaliteit van de ggz is afhankelijk van een veelheid van factoren, zoals de kwaliteit van de opleidingen, toegankelijkheid van de zorg, aansluiting bij het sociale, somatische en forensische domein, zorg op maat voor mensen met comorbiditeit, enzovoort. ROM-data van individuele patiënten zijn in feite de resultante van al deze factoren. Je kunt die factoren daarom veel beter direct meten; dan pas heb je werkelijk inzicht in de kwaliteit.' ■

#### web

Meer informatie en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).