

# Routine outcome monitoring in Vlaanderen: leren we wel de juiste lessen uit het Nederlandse geROMmel?

M. MORRENS



ARTIKEL



Gedreven door de drang om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren, wordt tegenwoordig in de Vlaamse *ggz routine outcome monitoring* (ROM) geïntroduceerd. Deze introductie werd mede geïnspireerd door de wijdverspreide implementatie en het succes van de methodiek bij onze noorderburen, alwaar deze reeds een kleine 15 jaar in gebruik is. Hoewel deze implementatie in Nederland gedreven was door dezelfde idealen als bij ons, werd de methodiek daar echter al snel ingezet als instrument voor benchmarking, een manier om verschillende organisaties en hun werking onderling te vergelijken. Vervolgens werden de ROM-data misbruikt door Nederlandse beleidsmakers en zorgverzekeraars voor besparingsdoeleinden door de financiering van de zorg te koppelen aan behandelingsuccessen, gemeten met ROM. De methodologie ontloopte zich aldus in recordtempo van een potentieel boeiend klinisch instrument tot een bureaucratisch monster dat door zorgverzekeraars ingezet wordt voor rechtstreekse kwaliteitsconcurrentie tussen instellingen.

## Problemen

Meermaals werd gewezen op de medisch-ethische problemen van het inzetten van ROM-data voor benchmarking. Immers, vertrouwelijke patiëntendata alsook klinische middelen worden ingezet voor beleids- en besparingsdoeleinden. Dit impliceert ook dat alle instellingen moeten gaan 'rommen', ook zij die hier niet voor gekozen hadden, waardoor dus middelen elders moeten worden weggetrokken. Ook de wetenschappelijke onjuistheid van het inzetten van ROM-data voor benchmarking werd genoemd. Immers, het gebruik van uiteenlopende instrumenten met ongelijke sensitiviteiten bij zeer verschillende instellingen voor diverse patiënten kan wetenschappelijk niet verantwoord worden. Bovendien is het risico op vertekening van de data groot als de clinicus die de data verzamelt er rechtstreeks de financiële gevolgen van zal dragen (Van Os e.a. 2012). Desalniettemin was deze exponentieel toenemende kritiek tot op heden aan dovemansoren gericht.

## Vlaamse situatie

Met een selectieve doofheid voor deze kritische klanken uit Nederland, wordt ROM met een niet-afnemend enthousiasme door klinici in de Vlaamse *ggz* ingevoerd. De voorvechters zullen hier wijzen op het feit dat het financieringsmodel in België geheel anders is dan in Nederland. Inderdaad, daar waar de zorgverzekeraar in Nederland een cruciale rol speelt, is in België de financiering van ziekenhuisbudgetten een verantwoordelijkheid van de federale autoriteiten. Je zou hierdoor kunnen verwachten dat er in België een gezonder evenwicht gezocht wordt tussen de kosten en de kwaliteit van zorg. Toch staan ook in

Vlaanderen besparingen binnen de gezondheidszorg hoog op de agenda. Mede daarom wordt ook de totale ziekenhuisfinanciering opnieuw bekeken (KCE 2014).

De huidige federale minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken pleit voor specialisatie van ziekenhuizen teneinde de gezondheidszorg betaalbaar te houden. Zij heeft hierbij in eerste instantie de dure ingrepen en apparatuur voor ogen, maar uitbreiding naar alle sectoren binnen de gezondheidszorg, inclusief de ggz, ligt voor de hand en is dan ook te verwachten. Het gevaar van benchmarking loert dus bij ons eveneens om de hoek.

### Doel en middelen

De wens tot kwaliteitsverbetering van klinische zorg kan alleen maar toegejuicht worden. Echter, het is belangrijk te evalueren of ROM hiervoor daadwerkelijk een goede methode is. Carlier e.a. (2012) toonden in hun literatuurstudie aan dat ROM inderdaad leidt tot snellere en completere diagnostiek en dat de behandeling ook sneller bijgesteld wordt. Echter, bijna alle onderzoeken vonden plaats in ggz-poliklinieken en huisartsenpraktijken, en dus haast nooit in residentiële psychiatrische settings of bij ambulante behandelteams. Bovendien vond veruit het meeste onderzoek plaats in de VS en de vraag is of dit zomaar geëxtrapoleerd kan worden naar de Vlaamse situatie. Hoewel hoogkwalitatief onderzoek naar ROM in genoemde settings dus tot op heden bijna niet gebeurde, wordt deze methodologie desalniettemin wijdverspreid geïmplementeerd.

De vraag of deze zéér kostbare en tijdsintensieve methode nu echt de zorg verbetert in de verschillende doelgroepen en behandelprogramma's blijft onbeantwoord. In een klimaat waar de beschikbare middelen om goede zorg aan te bieden reeds zeer beperkt zijn, lijkt het dus cruciaal om kritisch te onderzoeken of de methodologie de zorg effectief verbetert. In tweede instantie kunnen we dan het beste onderzoeken welke de actieve componenten per indicatie zijn, om deze dan zo efficiënt mogelijk te implementeren. In welke mate hebben generieke vragenlijsten dan wel stoornisspecifieke instrumenten een plek? Carlier e.a. (2012) toonden aan dat het gebruik van globale instrumenten die de algemene psychische toestand in kaart brengen wellicht veel minder goed lijkt te werken dan meer gerichte instrumenten.

### Datakerkhof?

Universitaire instellingen zien in ROM ook nog andere mogelijkheden. Het systematisch in kaart brengen van symptomen bij grote groepen patiënten tijdens een behandeltraject biedt immers voor wetenschappelijk onderzoek vele bijkomende mogelijkheden. Er wordt een database aangemaakt waar je post hoc onderzoeksvragen op kan loslaten. De vraag is hoe zinvol zulk niet-hypothesegebreven onderzoek met soms zeer brede instrumenten is. Creëren we niet vooral een groot datakerkhof?

Bovendien kunnen we hier ethische vragen bij stellen. Mogen we zomaar post hoc zonder expliciete toestemming van de patiënt diens gegevens gebruiken voor onderzoek? Of sterker, wat als in de ROM-batterij instrumenten opgenomen worden die meer onderzoeksmatige dan klinische doeleinden dienen? Daarnaast lijkt het dat vanuit onderzoeksperspectief de middelen efficiënter ingezet kunnen worden, gezien het prijskaartje van de ROM-methodologie, zeker als de daarvoor beschikbare (lees: peperdure) software (bijv. Quest Manager) gebruikt wordt.

### LITERATUUR

- Carlier IV, Meuldijk D, van Vliet IM, van Fenema EM, van der Wee NJ, Zitman FG. Empirische evidence voor de effectiviteit van routine outcome monitoring; een literatuuronderzoek. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 121-8.
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering (KCE report 229 As). Brussel: KCE; 2014. [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_229As\\_ziekenhuisfinanciering\\_Synthese.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229As_ziekenhuisfinanciering_Synthese.pdf)
- Os J van, Kahn R, Denys D, Schoevers RA, Beekman AT, Hoogendijk WJ, e.a.. ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 245-53.

### AUTEUR

**MANUEL MORRENS**, psychiater, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Universiteit Antwerpen.

### CORRESPONDENTIEADRES

Prof.dr. M. Morrens, CAPRI, Universiteit Antwerpen, Campus Drie Eiken, Universiteitsplein 1, 2610 Antwerpen, België.  
E-mail: [manuel.morrens@uantwerpen.be](mailto:manuel.morrens@uantwerpen.be)

Strijdige belangen: Manuel Morrens heeft financiële ondersteuning gekregen voor onderzoeksactiviteiten en wetenschappelijke presentaties van Johnson & Johnson, AstraZeneca, Lundbeck en Bristol-Myers Squibb.

### TITLE IN ENGLISH

Routine outcome monitoring in Flanders: are we learning the right lessons from the Dutch experience?

## Methodologie bewaken

Hoewel routinematig de uitkomst van behandeling bij patiënten in kaart brengen vanuit klinisch standpunt alleen maar toegejuicht kan worden, moeten we als vakgroep dit vooral vanuit het oogpunt van de klinische methodologie bewaken. We moeten de methodologie beter onderzoeken en kritisch durven nadenken, allereerst of ROM inderdaad de kwaliteit van zorg binnen de ggz verhoogt en zo ja, over hoe we ROM zo kostenefficiënt als mogelijk kunnen invoeren. We moeten ons hierbij hoeden voor weinig informatieve, generieke instrumenten die vooral uniformisering in gegevensverzameling voor ogen hebben, en minder de evaluatie van het behandeltraject van de patiënt.