

Kim de Jong (1977) is onderzoeker aan de Erasmus Universiteit Medisch Centrum, afdeling Medische Psychologie & Psychotherapie. Daarnaast werkt ze bij GGZ Noord-Holland-Noord te Heiloo.

Tracking is als ROM-variant het meest effectief om de therapie tijdig bij te sturen

Vanuit een vergaderkamer op de 12e etage van het Erasmus MC in Rotterdam vertelt Kim de Jong over ROM, de OQ45, de NVVP ROM-portal, benchmark en transparantie in de GGZ.

“Toepassing van Routine Outcome Monitoring (ROM) door therapeuten in de GGZ vind ik een heel goede ontwikkeling. ROM is inmiddels een soort van containerbegrip geworden, omdat er verschillende vormen van ROM zijn, denk dan aan:

- ROM op basis van een begin- en een eindmeting;
- ROM op basis van begin- tussen- en eindmeting;
- of tracking, waarbij tijdens elke sessie een meting plaatsvindt.

Ik vind de OQ45 heel geschikt voor al deze vormen van ROM. De OQ45 meet niet alleen klachten, maar ook het functioneren van de cliënt.”



Wat is het doel van ROM?

“Wat mij betreft zijn er twee doelstellingen, namelijk: de therapeut past ROM toe in de behandeling, omdat hij zijn behandelingen wil evalueren, óf hij past ROM toe omdat hij tijdens de behandeling de therapie wil verbeteren en op die manier eventuele negatieve uitkomsten van de behandeling kan voorkomen. Dat laatste vind ik de belangrijkste doelstelling.”

Welke manier van ROM past het beste bij de doelstelling om tijdens de therapie de behandeling te kunnen verbeteren?

“Tracking is het meest geschikt voor die doelstelling en is toepasbaar in zowel de eerste als tweede lijns GGZ. De OQ45 is heel goed in te zetten als ROM-instrument voor tracking. Via deze variant ROM't de therapeut intensief: bijvoorbeeld door elke sessie een meting te laten doen. Er is ook een variant denkbaar waarbij je in het begin van de behandeling elke sessie meet, en later in de behandeling, bijvoorbeeld na 10 of 15 sessies, minder vaak.

Uit onderzoek blijkt dat de beginfase van de therapie cruciaal is voor de uitkomst van de therapie. Als de therapeut dan alleen een begin- en een eindmeting uitvoert, mist hij ongelofelijk veel bruikbare informatie en meet hij in feite niets om de therapie te kunnen verbeteren voor die individuele cliënt. De gegevens kunnen dan natuurlijk wel gebruikt worden om het resultaat van alle behandelingen van die therapeut te meten en eventueel te verbeteren. En als een therapeut alleen een begin-, tussen- en eindmeting uitvoert, dan denk ik dat hij voor een deel van zijn cliënten al veel te laat is om de therapie nog aan te kunnen passen, omdat de tussenmeting vaak pas na drie maanden is. Daarom vind ik tracking de meest effectieve variant van ROM. Met tracking meet de therapeut in het begin van de therapie intensief, zodat hij tijdig kan bijsturen.”

Waarom is toepassing van ROM in het begin van de therapie zo belangrijk?

“De beginfase van de therapie is naar mijn mening cruciaal. Als een cliënt dan geen verbetering doormaakt dan is de kans op uitval of een negatieve uitkomst groter. Drop-out komt het meest voor tijdens de eerste vijf sessies. Bovendien gaat drop-out meestal gepaard met negatieve behandelresultaten.

Daarnaast wordt in het begin van de behandeling de werkrelatie therapeut-client gevormd. Deze werkrelatie is na drie sessies voorspellend voor de uitkomst van de therapie. Daarom is het ongelooflijk belangrijk als de therapeut –indien nodig- in de beginfase van de therapie al kan

bijsturen.

Ook speelt een grote rol, dat de mate van vooruitgang van de cliënt die tijdens de eerste vijf sessies plaatsvindt, voorspellend is voor de uitkomst van de therapie. Als het gaat om een eerstelijns behandeling, zou de therapeut eventueel dan al kunnen concluderen dat de problematiek van de cliënt complex is en thuishoort in de tweede lijn, waarna hij de cliënt doorverwijst. Of, nog een ander belangrijk voorbeeld: de therapeut concludeert op basis van de resultaten van de vragenlijsten, die hij in een grafiek gepresenteerd krijgt op zijn pc, dat hij de behandelmethodes moet bijsturen. Ik ben van mening dat de therapeut zijn winst moet pakken in de beginfase van de therapie. Als dat niet gebeurt, is dat echt een gemiste kans.”

Je bent in Nederland de expert voor wat betreft de OQ45. Een veel gehoorde opmerking is dat de OQ45 weinig differentieert op het gebied van symptomen. Wat vind je van deze opmerking?

“De OQ45 is een generieke lijst en is bedoeld om, ongeacht de diagnose, te meten hoe het gaat met de cliënt. De BSI meet bijvoorbeeld naast generieke symptomen ook sub-symptomen, zodat je bijvoorbeeld ziet dat een cliënt hoog of laag scoort op een depressieschaal.

De OQ45 is geen diagnostische vragenlijst. Om de voortgang van de specifieke klachten van de cliënt te volgen, raad ik aan een stoornisspecifieke vragenlijst te gebruiken. Bijvoorbeeld de BDI of IDS, bij een depressie. Ik pleit er dan ook voor om de OQ45 toe te passen bij alle cliënten en een diagnostische vragenlijst te gebruiken per cliënt, afhankelijk van de problematiek.”

Is de OQ45 gemakkelijk te vergelijken met andere ROM-vragenlijsten?

“Het domein *symptomatische distress* is goed vergelijkbaar met de SCL90 en met de BSI, omdat de samenhang tussen die schalen behoorlijk hoog is.”

De OQ45 is dus geschikt voor benchmark?

“De uitkomsten van de OQ45 zijn inderdaad heel geschikt voor benchmark. Uit een benchmark zou bijvoorbeeld kunnen blijken dat bij 5% van alle cliënten een verslechtering optreedt. Als een individuele therapeut uit de benchmark opmaakt dat bij zijn cliënten 10% van alle cliënten een verslechtering doormaakt, dan zou hij zich achter z'n oren kunnen krabben. Overigens moet ik dit voorbeeld nuanceren, want vrijevestigden werken vaak met bepaalde cliëntenpopulaties, dit kan invloed hebben op de uitkomst van de benchmark.

Interessant gegeven is om via de ROM-data te kunnen zien, dat X% van het aantal cliënten over het algemeen geen vooruitgang boekt voor wat betreft klachten en functioneren tijdens X-sessies en bij X% wél vooruitgang zichtbaar is (dit binnen de groep therapeuten die min of meer hetzelfde type cliëntenpopulatie hebben). Op die manier krijg je inzicht in het type cliënt dat al dan niet vooruitgang boekt.”

Wat vind je van het NVVP-initiatief om een eigen ROM-portal te starten?

“Dat vind ik een heel goed initiatief. Op die manier draagt de NVVP uit dat zij transparantie in de GGZ belangrijk vindt én dat de NVVP-therapeuten verantwoordelijkheid nemen voor het toepassen van feedback in de therapie, zodat deze tijdig kan worden bijgestuurd. Ik ben blij dat de NVVP gekozen heeft voor de OQ45 als uitkomstmaat, omdat er dan breder gekeken wordt dan alleen de klachten en problemen.”

Stel, we zijn een jaar verder met de NVVP-portal en ongeveer 350 leden leveren data van hun cliënten aan. Wat zeggen deze data?

“Het eerste jaar is het nulmoment. Je ziet dan een resultaat wat je niet kunt interpreteren, want je kunt het niet refereren aan voorgaande data. Wel is het mogelijk om de data te bestuderen en voorspellende variabelen te lokaliseren. De data bevatten subgroepen: groepen die hoger of lager scoren op een beter resultaat. Die voorspellers kunnen na een paar jaar inzicht geven in de vraag: bij welke cliënten kunnen we betere resultaten verwachten en bij welke cliënten juist niet? Op die manier kan de NVVP een eigen voorspellingsmodule ontwikkelen op basis van de NVVP-populatie.”

En stel, over drie jaar vraagt de NVVP je om data-analyses te maken op basis van de NVVP ROM-portal. Wat denk je dan te kunnen zeggen over de data?

‘Interessante vraag. Wat je met de gegevens kunt, hangt af van de variabelen en van de data die is verzameld. Ook speelt een rol hoe betrouwbaar de data zijn: zijn alle metingen compleet of ontbreken bijvoorbeeld veel eindmetingen? Voor analyses heb ik het liefst zo compleet mogelijke data nodig, het is dan ook erg belangrijk dat de begin- en eindmeting beide plaatsvinden. Hierbij vind ik het van groot belang dat aan de begin- en eindmeting eveneens informatie is gekoppeld over de startdatum van de therapie én het aantal genoten behandelsessies. Als ik dit niet zou weten, zegt die meting relatief weinig.

Daarnaast is essentieel voor het meten en het vergelijken van uitkomsten, dat er een relatie gelegd kan worden met cliënt- en behandelkenmerken. Zodra er gelaagde informatie op geaggregeerd niveau beschikbaar is, kun je data en analyses interpreteren. Om die reden is het interessant om ook informatie te hebben over bijvoorbeeld diagnose, opleiding en leeftijd. Dan is ROM een belangrijk hulpmiddel voor het bevorderen van de kwaliteit van zorg in de GGZ.’

Nu je het hebt over kwaliteit van de zorg. Wat vind je van de rol van verzekeraars ten opzichte van ROM?

“Ik ben voorstander van transparantie in de GGZ. Het is goed om aan cliënten te kunnen laten zien wat de uitkomsten van de therapeut zijn. In de reguliere zorg zijn klacht- en tevredenheidmetingen nog geen gemeengoed. Uit onderzoek blijkt dat er effectiviteitwinst te behalen is in de zorg, ook in de GGZ. Het gaat dan om een forse marge van ongeveer 25%. Ik vind dat de GGZ die marge moet benutten. ROM kan daar een bijdrage aan leveren.

Anderzijds ben ik huiverig voor een mogelijke afrekencultuur. We moeten voorkómen dat therapeuten hun uitkomsten manipuleren, omdat ze anders negatief afgerekend worden door bijvoorbeeld een zorgverzekeraar. Ik ben tegenstander van het hanteren van lijsten van ‘beste therapeuten’. Ik begrijp dat verzekeraars dit wensen vanuit cliëntperspectief, maar voor psychotherapie -waar toch een groot deel van de werkzaamheid van de therapie afhangt van de interactie tussen therapeut en cliënt- kan er géén sprake zijn van ‘dé beste therapeut’.”

Wat zijn je plannen m.b.t. de OQ45 en de toekomst?

“Ik ben geïnteresseerd in hoe therapeuten omgaan met negatieve feedback. Want elke therapeut die ROM’t heeft te maken met negatieve feedback. Ik vind het interessant om te onderzoeken hoe therapeuten hiermee omgaan en hoe zij de neiging onderdrukken om de feedback aan externe factoren toe te schrijven. ROM vereist van therapeuten om bereid te zijn om naar zichzelf te kijken. Misschien is er een groep therapeuten die niet ROM’t of nog niet ROM’t, omdat zij niet weten om te gaan met negatieve feedback. Overigens denk ik wel dat de gehele GGZ op termijn zal ROM’en. Je ziet nu al dat de minister via de prestatieindicatoren de GGZ verplicht om enige vorm van meting en feedback toe te passen in behandelingen. En de succesfactor van ROM hangt af van wat individuele therapeuten doen met het resultaat van de uitkomst in behandeling. Als zij de waarde inzien, dan kan ROM een duurzaam succes worden.

Een andere activiteit waar ik nu aan werk, is het onderzoeken van een zogenaamde clinical support-tool, die net als de OQ45 door Michael Lambert is ontwikkeld. Deze tool meet niet alleen of de cliënt voldoende progressie doormaakt, maar ook welke oorzaken mogelijk een rol spelen waardoor progressie stagneert. Het gaat dan om de werkrelatie, de motivatie van de cliënt, sociale steun en gebeurtenissen in het leven van de cliënt. Deze tool geeft de therapeut vervolgens een aantal suggesties die hij kan toepassen, bijvoorbeeld hoe breuken in de werkrelatie hersteld kunnen worden. Dan is wat mij betreft de cirkel rond: je meet niet alleen dat het niet goed gaat met de cliënt, maar ook waar dat eventueel aan kan liggen en wat je er aan zou kunnen doen. Natuurlijk bepaalt de therapeut zelf of hij al dan niet de suggestie van de tool toepast. Net als ROM is de clinical support tool een hulpmiddel voor de therapeut om de behandeling zo nodig bij te sturen.”

De Output Questionnaire (OQ45) meet klachten en het functioneren van de cliënt. De vragenlijst bevat 45 vragen en het kost gemiddeld vijf minuten om de vragenlijst in te vullen. De OQ45 bevat drie domeinen, plus een aantal risicovragen. Het gaat dan om:

1. symptomatische distress (meet klachten en problemen);
2. interpersoonlijke relaties (meet problemen in de persoonlijke relaties);
3. sociale rol (meet problemen op het gebied van werk en vrije tijd).

De vijf risicovragen gaan over middelengebruik, agressie en suïcide.

Wanneer start je met de OQ45?

Voorafgaand aan de intake, zonder enig face-to-face contact. Op die manier meet je het grootste effect, want als je voor het eerst meet na de intake, dan is een deel van de psychische last al weggefallen, zo blijkt uit onderzoek. Een ander argument voor meting voorafgaand aan de intake is, dat de therapeut aan de uitkomst van de vragenlijst kan zien hoe ernstig de klachten zijn en of er ook problemen zijn op sociaal gebied.

Invullen van de lijst in de praktijkruimte of in de thuisomgeving?

Bij voorkeur in de wachtruimte, via een computer. Door het laten invullen van de vragenlijst door de cliënt in de thuisomgeving wordt de uitkomst minder betrouwbaar, omdat bijvoorbeeld de huisgenoten invloed uitoefenen op de cliënt én het zicht op het moment van invullen ontbreekt.

Wat betreft de eindmeting: bij voorkeur dient de cliënt de lijst tijdens of na de laatste sessie ter plekke in te vullen.

Moeten alle vragen beantwoord worden?

Alle vragen van de OQ45 dienen ingevuld te worden. Sommige cliënten vinden het moeilijk om vragen te beantwoorden over werk of relatie, als zij deze niet hebben. Het gaat bij de vragen over werk en/of studie om de belangrijkste dagelijkse bezigheid van de cliënt, dit kan ook vrijwilligerswerk zijn of verzorging van het eigen gezin. Als een cliënt geen relatie heeft, laat ik de vraag over hoe tevreden iemand is over zijn relatie met "0" beantwoorden. De vraag over tevredenheid van het seksleven kan de cliënt ook beantwoorden als hij geen (vaste) relatie heeft. Ook wanneer een cliënt geen seksuele contacten heeft kan hij daar meer of minder tevreden over zijn.

Door: Annemarie van der Meer