

Inhoud

Voorwoord van de redactie — 7

Voorwoord van W. van Tilburg — 9

DEEL 1 ALGEMENE INLEIDING

Hoofdstuk 1

Gebruik van meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk — 13

V.J.A. Buwalda, M.A. Nugter, J.A. Swinkels en C.L. Mulder

Hoofdstuk 2

Implementeren, de kunst van het verleiden? — 33

J.A. Swinkels en V.J.A. Buwalda

Hoofdstuk 3

De kunst van effectief feedback geven: waarom weten niet altijd tot verbeteren leidt — 51

K. de Jong en M.A. Nugter

DEEL 2 GEBRUIK VAN MEETINSTRUMENTEN IN VERSCHILLENDE SETTINGS

Hoofdstuk 4

De (kortdurende) ambulante zorg — 65

V.J.A. Buwalda en K. de Jong

Hoofdstuk 5

Het gebruik van meetinstrumenten in de acute en korte klinische zorg — 77

V.J.A. Buwalda

Hoofdstuk 6

Het gebruik van meetinstrumenten in de langdurende psychiatrie — 87

M.A. Nugter en W. Teer

DEEL 3 IMPLEMENTATIE VAN MEETINSTRUMENTEN IN VERSCHILLENDE SETTINGS

Hoofdstuk 7

Implementatie van meetinstrumenten in de kortdurende poliklinische behandeling — 103

V.J.A. Buwalda

Hoofdstuk 8

De implementatie van de HoNOS in de klinische zorg: verslag van een implementatietraject — 121

M.G.C. de Leeuw en V.J.A. Buwalda

Hoofdstuk 9
Implementatie van meetinstrumenten in de langdurende psychiatrie — 131
M.A. Nugter en W. Teer

DEEL 4 HET GEBRUIK VAN ICT

Hoofdstuk 10
Projectstructuur en ondersteuning van software — 147
P. Debipersad en V.J.A. Buwalda

Hoofdstuk 11
Meetinstrumenten en elektronische patiëntendossiers — 163
M.A. Nugter

DEEL 5 CAPITA SELECTA

Hoofdstuk 12
Routine outcome monitoring en onderzoek — 173
S. Sytema, M.A. Nugter en C.L. Mulder

Hoofdstuk 13
Kanttekeningen bij het (extern) gebruik van ROM — 189
M.A. Nugter, V.J.A. Buwalda, J.A. Swinkels en C.L. Mulder

Literatuur — 193
Medewerkers — 203
Register — 205

Voorwoord van de redactie

Het plan voor dit boek ontstond in 2007 naar aanleiding van ervaringen van de auteurs met projecten die tot doel hadden routinematig gebruik van meetinstrumenten te implementeren. Inmiddels zijn de termen *routine outcome measurement of monitoring*, afgekort tot ROM, in Nederland gangbaar geworden. Routine outcome measurement wordt vooral in het buitenland gebruikt en betekent dat de uitkomsten van behandelingen routinematig worden gemeten. Routine outcome monitoring (De Beurs & Zitman, 2007) gaat verder en betekent dat er ook op de uitkomsten wordt gestuurd. In dit boek worden de termen 'ROM' en 'gebruik van meetinstrumenten' door elkaar gebruikt.

Het primaire doel van ROM is het kwantitatief evalueren van de behandeling van een patiënt, waardoor we de behandeling bij kunnen stellen of af kunnen sluiten. Secundaire doelen zijn: gegevensverzameling voor beleid, onderzoek en benchmarking. Het dienen van al deze doelen maakt ROM belangrijk, maar ook ingewikkeld. Er lijkt veel van af te hangen. We staan in Nederland aan de vooravond van een grote verandering in de ggz, namelijk een poging tot het transparant maken van de uitkomsten van ons werk door middel van ROM. Dit praktijkboek beschrijft hoe we deze poging kunnen ondernemen.

Het boek bestaat uit vijf delen. Het eerste deel is een algemeen deel. Daarin starten we met een inleidend hoofdstuk waarin thema's en concepten die betrekking hebben op het gebruik van meetinstrumenten in de praktijk worden besproken. Daarna volgt een algemeen hoofdstuk over implementatie en over beweegredenen van professionals en andere belanghebbenden om ROM wel of niet toe te passen. Het derde hoofdstuk bespreekt een belangrijke theorie over feedback, de *contextualized feedback intervention theory*, en de toepassing daarvan bij ROM. Het tweede deel gaat over verschillende manieren om ROM te gebruiken in de dagelijkse praktijk, ten behoeve van de behandeling van individuele patiënten en op geaggregeerd niveau. Dit wordt uitgewerkt voor de kortdurende ambulante psychiatrie, voor de klinische setting en voor de langdurende psychiatrie. Ook meetinstrumenten die in de verschillende settings van pas komen, komen aan de orde. In het derde deel gaan we dieper in op de weerbarstige praktijk van het implementeren. Uit de hoofdstukken komt naar voren dat een combinatie van een top-down- en een bottom-upbenadering de beste methode is, omdat implementatie van ROM alleen goed van de grond kan komen met hulp en betrokkenheid van de professionals. De praktische uitwerking is afhankelijk van de setting, de patiëntenpopulatie en de omstandigheden.

Deel vier gaat over ICT-toepassingen die ROM kunnen ondersteunen. Twee methoden worden beschreven: een softwareapplicatie die speciaal is ingericht voor ROM en een methode waarbij meetinstrumenten deel uitmaken van het elektronische patiëntendossier.

Deel vijf gaat over de (on)mogelijkheden om ROM-data te gebruiken voor onderzoek en de voorwaarden waaronder dat kan. In een laatste hoofdstuk komen kanttekeningen bij het gebruik van ROM voor externe doeleinden aan de orde.

In dit boek gaat het alleen over het gebruik van ROM bij volwassenen. Dat is een beperking. Veel van de principes in dit boek zijn te generaliseren naar andere doelgroepen, zoals ouderen, kinderen en jongeren, of naar speciale doelgroepen zoals forensisch psychiatrische patiënten en patiënten met een verslaving. Tegelijkertijd hebben deze doelgroepen toch ook weer andere aandachtspunten. Bij kinderen en jongeren bijvoorbeeld betrekken we ouders en leerkrachten. Dit stelt aparte eisen aan de te gebruiken instrumenten. En bij forensische psychiatrie gaat het niet alleen om verbetering van de psychiatrische problematiek, maar ook om het terugdringen van het risico op recidive. Een tweede praktijkboek waarin ook deze aspecten aan de orde komen, zou op zijn plaats zijn.

Dit is het eerste Nederlandse boek over ROM. In juni 2010 is een Engelstalig boek verschenen onder redactie van Tom Trauer. Daarin beschrijven de auteurs ontwikkelingen in diverse landen waaronder Australië en Nieuw-Zeeland, de Verenigde Staten en Canada, en sommige Europese landen. Nederland ontbreekt nog in het rijtje. Maar gezien de aandacht die er op dit moment voor ROM is in de Nederlandse ggz, zal dat niet meer lang duren.

Als laatste rest ons een dankwoord aan een aantal mensen die aan dit boek direct of indirect een bijdrage hebben geleverd.

Onze dank gaat allereerst uit naar patiënten en professionals met wie de eerste projecten zijn uitgevoerd. Zij worden bedankt voor hun bereidheid de kinderziektes van implementatie te doorstaan. Een aantal collega's heeft een extra bijdrage geleverd aan de totstandkoming van dit boek: Mariet Burgmeijer, Ines Sleeboom-van Raaij, Susan van de Brug, Iris Jongeling en Ralph Feenstra worden bedankt voor hun inhoudelijke adviezen en inzet.

Wij hopen dat dit boek een bijdrage zal leveren aan het gebruik van ROM in de praktijk en het inzichtelijk maken van de resultaten van ons werk in de ggz.

V.J.A. Buwalda, M.A. Nugter, J.A. Swinkels, C.L. Mulder

Voorwoord

De effectiviteit van de therapie in de psychiatrie wordt voor een belangrijk deel bepaald door de zogenaamde aspecifieke factoren. In de psychotherapie zijn de twee belangrijkste daarvan, de kwaliteit van de therapeutische relatie en het placebo-effect, samen zelfs verantwoordelijk voor 45% van de verbetering. Ongeveer 40% van de verbetering moet worden toegeschreven aan spontaan herstel en slechts 15% aan specifieke therapeutische technieken (Lambert & Barley, 2002). Het is aannemelijk dat ook voor andere therapievormen zoals de farmacotherapie de rol van deze aspecifieke factoren niet onderschat moet worden. Voor de meeste werkers in de ggz komen deze bevindingen niet als een verrassing. Zij sluiten aan bij hun praktijkervaring: een goede kwaliteit van de relatie met de patiënt is meestal een voorwaarde voor een geslaagde behandeling. Voor de eisen die daarvoor aan de behandelaar worden gesteld, verwijst men vaak naar de bekende trias van Rogers (Rogers, 1957): de therapeut moet 'echt' zijn, empathisch te werk gaan en een onvoorwaardelijk positieve instelling hebben tegenover zijn patiënt. Voor veel werkers in de ggz, en bepaald niet alleen de aanhangers van de *client centered therapy*, is dit de meest gezaghebbende karakterisering van de geslaagde behandelrelatie. Deze komt zo naar voren als een vertrouwensrelatie van een heel persoonlijk en uniek karakter. Ook het behandelproces wordt zo tot iets heel persoonlijks, vertrouwelijks en unieks. Dat roept bij velen de vraag op: past daar het gebruik van zoiets als 'meetinstrumenten' met een 'objectieve' pretentie wel in? Meten die wel waar het om gaat? Geven die niet een totaal verkeerd beeld van een uniek en persoonlijk behandelproces, zowel aan de patiënt als aan de buitenwereld (de collega's, leidinggevendenden, managers, bestuurders, verzekeraars, overheid enzovoort)? Deze basale vraag leeft nog steeds bij veel werkers in de ggz. Men dient dat te onderkennen en serieus te nemen als men iets wil begrijpen van de grote weerstand die men tegenkomt bij de implementatie van systematische dataverzameling in de dagelijkse behandelpraktijk, zoals de *routine outcome measurement*. Natuurlijk speelt daarbij ook weerstand tegen verandering in het algemeen of zelfs gebrek aan discipline een rol, maar dat zijn volgens mij slechts oppervlakkige symptomen van een dieper gebrek aan motivatie, gebaseerd op gebrek aan vertrouwen, dat het een zinnige activiteit is of zelfs wantrouwen: het zou wel eens nadelig of schadelijk kunnen zijn voor zowel patiënt als behandelaar...

Hoe motiveert men de onwillige of zelfs wantrouwende behandelaar voor het gebruik van betrouwbare en valide meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk? Dat is eigenlijk heel eenvoudig. Namelijk door duidelijk te maken dat dit nodig is om de aspecifieke factoren in de relatie van de hedendaagse patiënt en zijn behandelend professional optimaal werkzaam te maken. De trias van Rogers is, anders dan de titel van zijn artikel lijkt te suggereren, wel een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde voor een optimale behandelrelatie. Daarvoor kan men aansluiten bij de opvattingen die Frank al in 1961 publiceerde over de aspecifieke factoren. Hij legde niet alleen de nadruk op het belang van een vertrouwelijke emotioneel geladen relatie voor de werkzaamheid daarvan, maar ook op het feit dat de behandelcontext als therapie herkenbaar moet zijn, en dat er sprake moet zijn een geloofwaardig theoretisch kader, dat de basis is voor de toegepaste procedure (Frank, 1961). Anders gezegd: de patiënt wil meer dan een goed contact, hij wil ook iemand in wie hij kan geloven als zijnde een competent

professional. Ik merk vaak dat men dit niet genoeg duidelijk kan maken aan de collega's die hoog opgeven van het belang van de kwaliteit van de therapeutische relatie. De patiënt wil niet alleen een menselijke, vertrouwelijke en empathische relatie, hij wil ook een goede en geschoolde behandelaar, die niet zomaar wat doet, maar systematisch werkt volgens een theorie die deze behandeling overstijgt. Dat is geen recente modieuze opvatting, nee, iemand als Frank attendeerde daar 50 jaar geleden al op. Welnu, er is een groot verschil tussen de psychiatrie en de maatschappelijke context daarvan uit de tijd van Frank en die van vandaag als het gaat om het 'als therapie herkenbaar' zijn of om wat een 'geloofwaardig theoretisch kader' is.

In de laatste halve eeuw is de psychiatrie namelijk spectaculair veranderd. Het is met name de explosieve ontwikkeling van het wetenschappelijk onderzoek die als eerste factor imponeert. Daardoor konden met behulp van grote epidemiologische studies de enorme omvang van de psychiatrie en van de ziektelast van psychiatrische aandoeningen zichtbaar worden gemaakt. In deze periode kwamen ook veel behandelmethoden ter beschikking, zowel van neurobiologische, psychotherapeutische en sociotherapeutische aard. Het onderzoek naar indicatie en effectiviteit daarvan heeft een evidence-based psychiatrie mogelijk gemaakt en de daarbij behorende richtlijnontwikkeling. Een tweede factor is dat juist in deze zelfde periode, die tevens de tijd van de antipsychiatrie was, de relatie tussen patiënt en behandelaar grondig veranderd is. Deze is net als in de rest van de geneeskunde gedemocratiseerd. Het vroeger in de psychiatrie zo gangbare paternalisme is voorbij. De patiënt is mondig geworden. De behandelaar moet tekst en uitleg geven, transparant zijn in wat hij zich voorneemt, een behandelplan overleggen. En ten derde speelt dat alles zich af in een context die ook grondig veranderd is. De hoeveelheid informatie over de psychiatrie waarover onze patiënten via allerlei media kunnen beschikken is enorm toegenomen. Zij kunnen ons vergelijken met andere therapeuten en wij moeten ons verantwoorden als die vergelijking vragen oproept. Maar ook de maatschappij die nieuwsgierig is naar de kwaliteit van ons product vraagt transparantie, zoals wijzelf ook nieuwsgierig zijn naar de kwaliteit van alles wat we kopen. Deze ontwikkeling maakt dat men, om in deze tijd een geloofwaardig behandelaar te zijn zoals Frank dat bedoelde, gebruik moet maken van het instrumentarium dat ter beschikking is gekomen om de gevraagde transparantie over ons handelen en de effecten daarvan zichtbaar te maken. En dat niet primair om zich te verantwoorden tegenover verzekeraars en beleidsmakers, hoewel dat op zichzelf ook onontkoombaar zal zijn in een maatschappij waarin wij dat op de meest uiteenlopende terreinen van elkaar vragen. Nee, het gaat primair om iets wat onze moderne, goed geïnformeerde patiënt en wij als competente professionals zelf willen. Zal de introductie van een dergelijke 'techniek' in onze psychotherapeutische behandelrelatie het unieke, persoonlijke en vertrouwelijke karakter daarvan onvermijdelijk ondermijnen? Nee, het behoort juist tot het basale handwerk van de relationeel competente werker in de gezondheidszorg in het algemeen en de psychiatrie in het bijzonder om 'techniek' en 'menschelijkheid' te combineren tot die unieke dienst die de patiënt van ons vraagt: het verlichten van het lijden. Essentieel daarvoor is natuurlijk dat deze techniek van de hoogste kwaliteit is, en dat wij ons als behandelaars daar voortdurend kritisch van vergewissen. Ik verwacht dat dit boek u daarvoor van de benodigde kennis en inzichten zal voorzien.

W. van Tilburg, emeritus hoogleraar klinische psychiatrie aan het VUmc te Amsterdam, werkzaam als psychiater en psychotherapeut.