

prof. dr. Gert Westert

hoofd IQ healthcare/hoogleraar
gezondheidszorgonderzoek,
Radboudumc

BEHANDELUITKOMST IS JUIST UITSTEKENDE INDICATOR VAN KWALITEIT

Protesterende psychiaters maken karikatuur van ROM

Hoewel ze er aanvankelijk voortvarend mee bezig waren, kregen psychiaters steeds meer kritiek op *routine outcome monitoring* en willen er nu zelfs vanaf. Maar daarmee doen ze de kwaliteitsmeting tekort en gooien het kind met het badwater weg, vindt professor Gert Westert van het Radboudumc.

De Nederlandse gezondheidszorg worstelt met het thema transparantie. Heldere informatie over behandelresultaten verzamelen en teruggeven aan patiënten, vakbroeders en -zusters en aan de financiers stuit op het graniet van de professionele autonomie: een begrip uit de zoste eeuw, dat we zouden moeten vervangen door professionele verantwoordelijkheid. Ik werk nu zo'n 25 jaar, als onderzoeker in de zorg en stuit continu op het feit dat vergelijkbare patiënten door de vele zorgverleners in ons land verschillend behandeld worden. Behandelstijlen van professionals variëren onderling nogal: het maakt echt uit op welke zorgdeur je als patiënt klopt. Het maakt uit voor de kosten, de diagnose, de therapie, de intensiteit van zorg en voor de kwaliteit of behandelresultaten ervan. Ik zou moeiteloos dit artikel kunnen vullen met voorbeelden. Ik houd het bij één. Met enkele traumachirurgen deed ik recentelijk een klein onderzoek.¹ In Nederland breken jaarlijks 45 duizend mensen hun pols. De vraag daarbij is: gipskamer of operatiekamer? We becijferden dat 9,6 procent van deze breuken operatief wordt behandeld. Echter, de variatie tussen ziekenhuizen is enorm: van 0 tot 23 procent. Het prijsverschil is ook enorm: gips is gemiddeld 500 euro en een operatie 6000 euro. De uiteenlopende patiëntenpopulaties van de Nederlandse ziekenhuizen kunnen deze verschillen in operatiekans niet verklaren. Het type ziekenhuis ook niet. De auteurs, traumachirurgen, komen uit bij de hoofdoorzaak: een verschil in behandelstijl. Dit soort analyses

wordt in Nederland – ondanks een overvloed aan beschikbare data – weinig uitgevoerd. Toch is de gedachte achter 'transparantie in de zorg' juist het publiek maken van dit soort verschillen, en daarmee verbetertrajecten aanwakkeren.

Terugtrekkende beweging

Sinds 2014 ben ik onafhankelijk lid van de Wetenschappelijke Raad van de Stichting Benchmark GGZ. Als hoogleraar kwaliteit van zorg houd ik me vooral bezig met de curatief-somatische zorg en ik was aanvankelijk sceptisch over de ggz: wordt daar überhaupt gemeten? Na verloop van tijd ontdekte ik dat psychologen en psychiaters hun curatief-somatische vakbroeders en -zusters nagenoeg voorbijstreefden als het ging om systematisch vastleggen van behandeluitkomsten. De ggz was goed op weg om transparant te zijn over de toegevoegde waarde die zij aan de cliënten levert. Bijna 50 procent van de behandelingen is inmiddels met *routine outcome monitoring* (ROM) evalueerbaar op uitkomst. Daar kan de curatief-somatische zorg (op een paar uitzonderingen na, zoals DICA in de oncologie en de stichting Meetbaar Beter van de hartcentra) niet aan tippen. Echter, uitgerekend nu duidelijk is dat ROM kan en zinnig is, dreigen (vooral) psychiaters een terugtrekkende beweging te maken, uit angst om de professionele autonomie te verliezen en afgerekend te worden op het resultaat van hun handelen. Er verschijnen nogal wat blogs en vlugschriften waarin de lezer wordt voorgehouden dat ROM niet valide is. Maar laat u niets wijsmaken. Dit gaat niet over de vraag of het kan, maar of we het willen. ROM wordt gebasht om de onwil te camoufleren. Even terug: wat was de aanleiding voor deze terugtrekkende beweging?

Uitstekende indicator

Met de invoering van ROM in 2010 is de ggz structureel aan het meten van behandeluitkomsten geslagen. De opzet is primair om door herhaalde metingen inzicht te krijgen in het verloop van de klachten gedurende de behandeling. Een secundair doel is om geaggregeerde ROM-gegevens te gebruiken voor kwaliteitsmanagement, om de baten van ggz-behandeling te demonstreren en verantwoording af te leggen aan patiënten en finan-



De gemiddelde patiënt wil zo snel mogelijk weer functioneren als voorheen.

ciers. Zo werden dus twee vliegen in één klap geslagen. De keuze in de ggz voor behandeluitkomst als indicator van de kwaliteit van de geleverde zorg is uitstekend, want voor de patiënt is het therapeutisch succes immers cruciaal. Een patiënt met psychische problemen komt niet in zorg voor een goed gesprek, of om tevreden te zijn over de bejegening of de fijne relatie met de behandelaar. In de curatieve ggz wil de gemiddelde patiënt van zijn psychische klachten af en zo snel mogelijk weer functioneren zoals voorheen, of op zijn minst weer zo goed als mogelijk met een chronische psychiatrische aandoening.

Petitie

Begin februari bracht de Algemene Rekenkamer (AR) een rapport uit over de bekostiging van de curatieve ggz. De AR kraakte daarin enkele kritische noten: van marktwerking was nog niet veel terechtgekomen en er was onvoldoende zicht op de kwaliteit van de zorg. Op korte termijn overgaan op uitkomstenbekostiging (op basis van behaald behandelresultaat), een voornemen van de minister voor 2020, raadde de AR af.

Zo ongeveer alles wat er mis is in de ggz lijkt een reden om de petitie te tekenen

Nu heeft een aantal psychiaters het rapport van de rekenkamer aangegrepen om in verzet te komen tegen ROM. Ze deden een oproep tot het tekenen van een petitie: Stop ROM. Deze oproep vond veel weerklank en is door zo'n zesduizend professionals in de zorg, en daarbinnen vooral in de ggz, getekend. Kijkend naar de motieven voor deze steunbetuigingen ontstaat de indruk dat zo ongeveer alles wat er mis is of lijkt te zijn in de ggz – administratieve lasten, vrees voor verlies van professionele autonomie, bemoeienis van de zorgverzekeraar, ambulantisering, vermeende bezuiniging – een reden is om te tekenen.² Met verdachtmakingen als dat medische gegevens op onethische wijze zijn verzameld en dat de privacy groot gevaar loopt, jagen deze critici patiënten angst aan; wat op zijn zachtst gezegd een merkwaardige opvatting over de eigen beroepsethiek is. Er wordt gesteld dat de kwaliteit van zorg in geval van de psychiatrie boven nogal wat twijfels verheven is; daar staat de opleiding immers borg voor. Daarentegen is er volop twijfel aan de zeggingskracht van gegevens over de behandeluitkomst op groepsniveau. Er zouden appels met peren worden vergeleken en graag draagt men voorbeelden aan van unieke patiënten waarbij de uitkomstmeting ernaast zat of een vals beeld gaf van wat er met de behandeling was bereikt.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft ook een standpunt ingenomen. Ze onderschrijft weliswaar het nut van ROM voor de individuele behandeling, maar stelt dat vergelijken van groepsgegevens 'alleen kan in een veilige omgeving en op vrijwillige basis, waarbij zowel het perspectief van de patiënt als

de psychiater wordt meegenomen'.³ De redenering die hier wordt gevolgd is eigenaardig: op individueel niveau nuttige informatie verliest opeens zijn waarde als je naar groepsgegevens kijkt, als je gaat aggregeren. Gezien de rol van de verzekeraars onderkent men de verantwoordingsplicht, maar geeft aan die liever zelf in te gaan vullen. Dat lijkt toch erg op 'wij van Wc-eend...?'

Behandelaar zelf aan zet

Met recht zijn veel psychiaters ontevreden over hoe op dit moment ROM is geïmplementeerd in de ggz. Vaak wordt alleen aan het begin en aan het einde van de behandeling gemeten, ter verantwoording, en ontbreken de tussenmetingen om de behandeling bijtijds te kunnen bijsturen. Als behandelaar haal je zo niet de optimale informatie uit ROM en blijft slechts een administratieve last over. Hier is echter de behandelaar zelf aan zet om de bestaande ROM zo te hervormen dat de meetgegevens wel de behandeling kunnen ondersteunen. Dat betekent frequenter meten en waar nodig met meetinstrumenten die passen bij het doel van de behandeling. Met dergelijke meetgegevens kan de patiënt beter bij de behandeling worden betrokken, omdat het gezamenlijke besluitvorming over de in te zetten koers mogelijk maakt en het regelmatig samen evalueren of er voortgang wordt geboekt. De tijd dat de dokter het altijd het beste weet is ook in de psychiatrie voorbij, lijkt me.

Achterhoedegevecht

De ggz staat voor forse uitdagingen: het macrobudget (10% van de totale zorgkosten) zal voorlopig niet groeien, maar de samenleving wordt steeds complexer en het beroep dat wordt gedaan op de ggz neemt toe. Om het spook van de wachtlijsten voor te blijven zal men doelmatiger en efficiënter moeten gaan behandelen. ROM kan daarbij helpen, omdat meten een cruciale rol speelt bij gepaste zorg. Zonder goede informatie over uitkomst, inhoud en organisatie van het zorgproces zal verbetering van de kwaliteit niet overtuigend tot stand komen. Een moderne en toekomstbestendige ggz staat open voor kritische reflectie op haar eigen functioneren en resultaat van handelen en is transparant over de kosten en de uitkomsten van zorg. Het is een fabeltje dat de ggz zo ingewikkeld is dat de behandelresultaten niet zijn vast te stellen of niet zijn te meten. Beste psychiaters, dit is een achterhoedegevecht, stop ermee. U was juist zo goed bezig. ■

contact

gert.westert@radboudumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

VELDWERK

DE NEUROCHIRURG



CARMEN VLEGGERT-LANKAMP
is werkzaam in het LUMC

En de inzet van de patiënt?

Ik ben op zoek naar de wondinfectiepatiënte. Ze is een paar weken geleden geopereerd en gisteren opnieuw opgenomen. Volgens de assistent loopt er pus uit haar rug. Klinkt niet best. Mijn collega had al lab en een CT-contrast aangevraagd. Bloed is pas vanmiddag afgenomen, CT nog niet gemaakt. Volgens de verpleegkundige is het 'niet te doen'. Ze is steeds weg. Roken. Ik kijk nog eens op haar kamer. Leeg bed. Haar overbuurman helpt me: 'Ze is naar beneden, roken.' Ik bedank hem. Hij is zelf minstens 75 kilo te zwaar. Op weg naar beneden stapt er een man in de lift die zich verontschuldigt voor zijn schaarse kledij. Hij draagt slechts een operatieweest. 'Ja sorry hoor, maar ik mot effe wat halen. Dat ziekenhuiseten is niet te hachelen. Ik mot een paar krokettes hebben.'

Wij zorgverleners zorgen goed voor onze patiënten. Wij verlenen kwalitatief hoogwaardige zorg. Ik en mijn team

'ZE IS
NAAR
BENEDEN,
ROKEN'

moeten kunnen aantonen dat onze opleiding voldoet, dat we nageschoold zijn, dat onze apparatuur goed is en het zorgproces op orde. Wij moeten vriendelijk, klantgericht en proactief zijn. Maar het aantoonbaar maken van dit 'op orde zijn' (richtlijn,

protocol, kwaliteitscontrole) doet me wel eens tandenknaarsen. Waar is de balans? Wat mogen we verwachten van de inzet van de patiënt? Kunnen we het daar eens over hebben? Want een voorzichtige hint leidt hooguit tot een tijdelijke verbetering, meestal een schouderophalen en soms een klachtenbrief. En dat laatste dan niet over de hint natuurlijk. Maar het werkt niet echt sfeerverhogend.

Wat zou het motiverend werken als de patiënten zichzelf ook kwalitatief hoogwaardig zouden verzorgen. Dan zou ik zomaar weer te motiveren zijn om nog een protocolletje te schrijven.