

# GZ-psychologie

Het vakblad over gezondheidszorgpsychologie, psychotherapie en psychiatrie

Jaargang 08 nummer 3 december 2017



**ROM als  
behandelondersteuning:  
een nieuwe werkroutine**



## RUBRIEKEN

### 6 NIEUWS

*Jet Heering & Marieke Hesseling*

### 14 RECHTEN EN PLICHTEN

Juridische kwesties en tips voor de praktijk

*Diederik de Rooy, Karik van Berloo en Stijn van Engelen*

### 23 COLUMN

Afscheid nemen bestaat niet  
*Hester Douma & Inès Hendriks*

### 24 GESIGNALEERD

(Vak)literatuur, film, theater, exposities en nieuwe websites

### 33 COLUMN

*Down Under: de wilde kat*  
*Arianne Struik*

### 38 AGENDA

Congressen, nascholingen en workshops



### 8 IN GESPREK MET

Marleen Rijkeboer

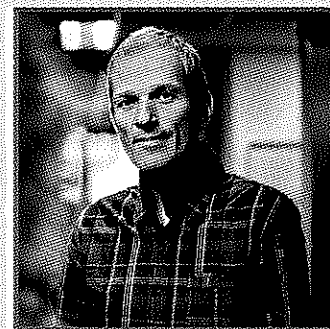
*Erik Hardeman*



### 26 IN DE PRAKTIJK

Valkuilen in de  
behandeling van  
ASS

*Annelies Spek*



### 29 OPINIE

‘Van ROM-soap  
naar meten wat je  
wilt weten’

*Rob Faltin*

# ‘Van ROM-soap naar meten wat je wilt weten’

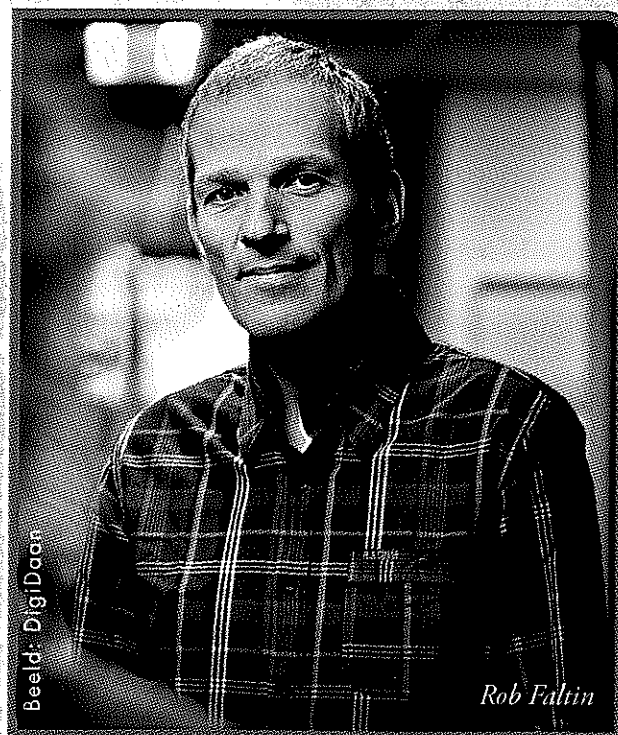
DOOR ROB FALTIN

**De ROM staat nu al lange tijd ~~lijkt me prima~~ ter discussie. Psychotherapeut en auteur Rob Faltn stelt voor om de kwaliteit van de metingen te verbeteren.**

De ROM-soap is in volle gang. Neem de vragenlijsten die ggz-cliënten moeten invullen: waar en hoe komen ze terecht, en wie bepaalt dat? De minister beantwoordt Kamervragen, er is een kortgeding aangespannen door de groep ‘Stop Benchmark met ROM’, GGZ Nederland komt terug op haar eerdere advies om de ROM-gegevens niet op te sturen naar de Stichting Benchmark GGZ (SBG), en de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) is bezig met een onderzoek. Het dagblad *Trouw* kopt met ‘Hoe het in de GGZ een rommeltje werd’, brancheorganisaties en instellingen schakelen juristen in. De meningen van zorgverleners en patiënten zijn verdeeld. Aan deze discussie voeg ik het voorstel toe om de kwaliteit van de metingen te verbeteren.

## VAN ROM-SOAP NAAR METEN WAT JE WILT WETEN

In de ggz letten behandelaren meestal goed op hun cliënten, om te kijken hoe goed een behandeling werkt. De cliënt vult aan het begin van de behandeling een vragenlijst in en doet dat bij de evaluaties opnieuw; de zogenaamde ROM (*Routine Outcome Monitoring*). Over wat er met die ROM-gegevens gebeurt of zou moeten gebeuren, is in de ggz momenteel een levendige discussie gaande. De meningen van overkoepelende organisaties, instellingen, politici, zorgverleners en cliënten zijn verdeeld en er lopen rechtszaken. De



Beeld: DigjDaan

Rob Faltn

discussies gaan vooral over de toestemming van cliënten om hun gegevens te bewerken en te gebruiken, over de manier waarop de ROM-gegevens onherkenbaar worden gemaakt, en over of deze zijn bedoeld voor kwaliteitsverbetering of zorginkoop. Hieraan voeg ik graag het volgende discussiepunt toe, in vraagvorm: geven die vragenlijsten wel een goed beeld van hoe het werkelijk met de cliënt gaat? Als psychotherapeut behandel ik cliënten met angststoornissen en ik ben ervan overtuigd dat het meten van de behandel-





voortgang beter kan. Een voorbeeld daarvan is de cliënt foto's en filmpjes te laten maken en als zorgverlener te kijken naar hoe in de praktijk met de cliënt gaat. Hieronder licht ik dit idee toe.

### EEN SUCCESVOLLE BEHANDELING VOLGENS DE STICHTING BENCHMARK GGZ (SBG)

Een nieuwe cliënt in de ggz moet vaak een ROM-vragenlijst invullen, met vragen als 'Ik word gauw moe'. De cliënt kiest dan tussen 'nooit', 'zelden', 'soms', 'regelmatig' of 'bijna altijd'. Aan het einde van de behandeling beantwoordt de cliënt dezelfde vragen nog een keer. Vervolgens vergelijkt de SBG de antwoorden met de antwoorden van cliënten van andere behandelaars. De bedoeling is dat daarmee inzichtelijk wordt hoe goed je je werk doet, en dat anderen dat ook kunnen zien.

De ROM-vragenlijsten hebben een groot nadeel: het zijn zelfrapportages en die geven soms een vertekend beeld. Soms geeft een cliënt namelijk aan dat het beter gaat dan eigenlijk het geval is. Of juist andersom. Ook ontbreken er gegevens over hoe het na de behandeling met cliënten gaat.

### FOTO'S, FILMPJES EN MET EIGEN OGEN ZIEN

Behalve dat mijn cliënten de ROM-vragenlijst invullen, vraag ik hen vaak om foto's of filmpjes van hun therapieoefeningen mee te nemen. Als een cliënt agorafobie heeft, en bijvoorbeeld bang is om alleen met het OV te reizen, laat hij mij filmpjes zien van zichzelf in de metro, trein, bus of op de pont; bij een sociale angststoornis kunnen dat selfies zijn, genomen tijdens een vergadering, presentatie, feestje of borrel; bij een dwangstoornis of smervrees laat de cliënt op film zien hoe hij of zij wc-brillen of deurkrukken aanraakt; in het geval van PTSS bekijken mijn cliënt en ik zijn selfies waarop te zien is dat hij is teruggekeerd naar de plek van het ongeluk; en bij depressie kun je de cliënt bijvoorbeeld vragen om een foto waarop hij of zij 's ochtends op de werkvloer staat, naast een klok die 9 uur aangeeft. Aan de hand van het door de cliënt ingebrachte beeldmateriaal bekijken we samen hoe het in

werkelijkheid met hem of haar gaat. Dat werkt goed en het is ook nog eens leuk. Dit is een mooie aanvulling op mijn eigen observaties van cliënten tijdens hun exposure. Want we gaan vaak samen op pad: dan zie ik zonder tussenkomst van een camera of de cliënt is vooruitgegaan.

### MINDER PRATEN, MEER DOEN

Zelfrapportages zijn ontwikkeld in het tijdperk van de gesprekstherapieën. Maar voor de behandeling van veel angststoornissen is exposuretherapie (een vorm van EGT) al jaren de trend in de wetenschappelijke richtlijnen. In exposuretherapie doen cliënten doorgaans dingen die zij niet durven, zoals de lift nemen, over een hoge brug lopen of een presentatie geven. Zo leren ze verwachtingen te kweken die beter kloppen dan hun angstige verwachtingen. Ook leren ze te functioneren, ondanks hun nare gedachten en gevoelens. Met andere woorden: ze leren door te doen.

### EEN PRAKTIJKTEST, DAT IS PAS EVIDENCE!

Wat is er logischer dan de uitkomsten van exposuretherapie te meten met een praktijktest? Heeft de cliënt het openbaar vervoer of de auto genomen; is de cliënt naar feesten, vergaderingen of borrels geweest; heeft de cliënt wc-brillen aangeraakt en zijn de wonden op de handen (door het overmatig wassen) verdwenen? Is de cliënt op de plek van het ongeluk geweest? Dat is pas 'evidence'! Foto's, filmpjes of directe observaties zijn volgens mij sterkere bewijzen van het functioneren van de cliënt dan een ROM-vragenlijst.

### HOE ZET JE FILMPJES, FOTO'S EN OBSERVATIES OM IN CIJFERS?

Foto's, filmpjes en (real life-) observaties zijn uniek voor elke cliënt en hiermee werken sluit goed aan bij het huidige idee van 'zorg op maat'. Maar hoe zet je die foto's, filmpjes en (real life-)observaties om in cijfers, zodat je het patiënt-functioneren kunt vergelijken? Ik denk aan twee mogelijkheden:

1. De behandelaar en cliënt kiezen een cijfer (bijvoorbeeld tussen 1 en 5) om aan te geven in welke mate de cliënt zijn of haar doelen heeft bereikt;
2. De behandelaar en cliënt kiezen een cijfer om aan te geven in hoeverre de cliënt voldoet aan standaardcriteria van functioneren.

Om vertekening tegen te gaan, zouden we voor een goede beoordeling van het functioneren van de cliënt ook kunnen werken met observaties van familie of vrienden, al dan niet in combinatie met het oordeel van onafhankelijke getuigen (Een WO- of hbo-psycholoog, maatschappelijk werker of gedragstherapeutische werker die niet betrokken is bij de behandeling). Een meetinstrument waarmee het functioneren van cliënten in de praktijk kan worden getest, is de *behavioral approach test*. Cliënten met bijvoorbeeld smetvrees of een spinnenfobie laten de behandelaar daarbij bijvoorbeeld zien hoe dicht zij bij iets vies of een spin kunnen komen. Verder kan een smartphone veel gegevens verzamelen, zoals over waar iemand is, hoeveel iemand beweegt en over hoe snel de cliënt zich verplaatst.

### PRESTATIETESTS

Ik denk dat de meerkwaliteit erop vooruitgaat als we het psychische functioneren van cliënten vaker met prestatietests meten, zoals dat bijvoorbeeld ook gebeurt in andere domeinen dan de zorg. Neem de schaatssport, waarin de schaatvaardigheden van sporters worden gemeten met de nachtprestatietoets '111 rondes', op de Jaap Edenbaan in Amsterdam. Of neem een willekeurige mondelinge en schriftelijke taal- of wiskundetest. Daarin zul je doorgaans niet de vragen 'Kunt u Spaans verstaan?' of 'Kunt u snel en accuraat rekenen?' tegenkomen. Waarom zouden we cliënten in de ggz wel vragen naar hun functioneren, in plaats van dat te testen? Terug naar de psychologie: in de diagnostiek bestaat een onderscheid tussen prestatietests en zelfrapportagetests. Om de een of andere reden is in de loop der jaren de gewoonte ontstaan om het psychisch functioneren van cliënten te meten met zelfrapportage, terwijl het meestal om een prestatie/competentie gaat.

Overigens moet de cliënt het voor het afnemen van zo'n praktijktoets wel goed vinden om met de therapeut naar buiten te gaan; om niet enkel in de behandelkamer te verblijven. Nog een aandachtspunt: het risico dat een cliënt onder- of overpresteert blijft ook in een praktijktest aanwezig, maar mijn ervaring is dat dit risico dankzij een directe observatie beter te onderwerpen is.

### OPROEP AAN DE GGZ

Beste betrokkene in deze ROM-soap, zou u het functioneren van iemand op andere gebieden dan de ggz meten met vragenlijsten waarin je die persoon vraagt hoe hij zijn eigen vaardigheden beoordeelt? Zou je iemand daarvoor laten invullen hoe goed die schaatst, piano speelt, rekt of een taal beheerst? Zou u kookvaardigheden van koks meten met vragenlijsten die de koks zelf invullen? *The proof of the pudding is in the eating*. Oftewel: als je een vaardigheid van iemand wilt beoordelen, zou je dan op een eigen observatie vertrouwen, een filmpje, of op een vragenlijst? Mijn oproep aan wetenschappers en andere betrokkenen is om kwaliteitsmetingen te ontwikkelen waarmee we het functioneren van cliënten rechtstreeks kunnen vaststellen (eventueel naast zelfrapportage) en waar cliënten moeiteloos mee kunnen instemmen; kwaliteitsmetingen die ons een meer directe en dus betere indicatie geven van het functioneren van onze cliënten, zodat we beter kunnen zien of zij hun behandeldoelen hebben behaald en we ook de kwaliteit van de zorg kunnen verbeteren.

**Rob Faltin** MBA is psychotherapeut/cognitief gedragstherapeut, onderzoeksmethodoloog en journalist. Hij is auteur van de boeken *Laat ze maar denken* (Boom uitgeverij Amsterdam) en *Plankenkoorts* (Hogrefe).

