

ROM en waardegedreven zorg in de praktijk.

Anneke van Schaik, psychiater/UHD.

GGZ inGeest, Amsterdam



**ggz
ingeest**
samen
op eigen
wijze

ROM als instrument ter ondersteuning van de behandeling

Doelen

In oktober 2015 wordt bij 50% van de patiënten van de **polikliniek Depressie voor volwassenen (DNV)** de ROM volgens de afgesproken cyclus in de behandelplanning afgenomen. De ROM uitkomsten worden besproken met de patiënt en vertaald naar de voortgang in de behandeling. De conclusie uit dit gesprek wordt opgenomen in het behandelplan en vastgelegd in de voortgangsrapportage in het EPD. De ROM uitkomsten worden getoond en besproken op de evaluatiemomenten binnen het behandelteam.

Stand van zaken

1. Werkprocessen rond online invoeren van vragenlijsten door patiënten in DNV zijn beschreven en georganiseerd
2. PHQ-9 als depressie monitor naast SQ-48 geïmplementeerd
3. 2 trainingen over ROM georganiseerd: Meerwaarde ROM, technische vaardigheden, bespreken ROM
4. 3^e training in december
5. E-learning in ontwikkeling

Successen

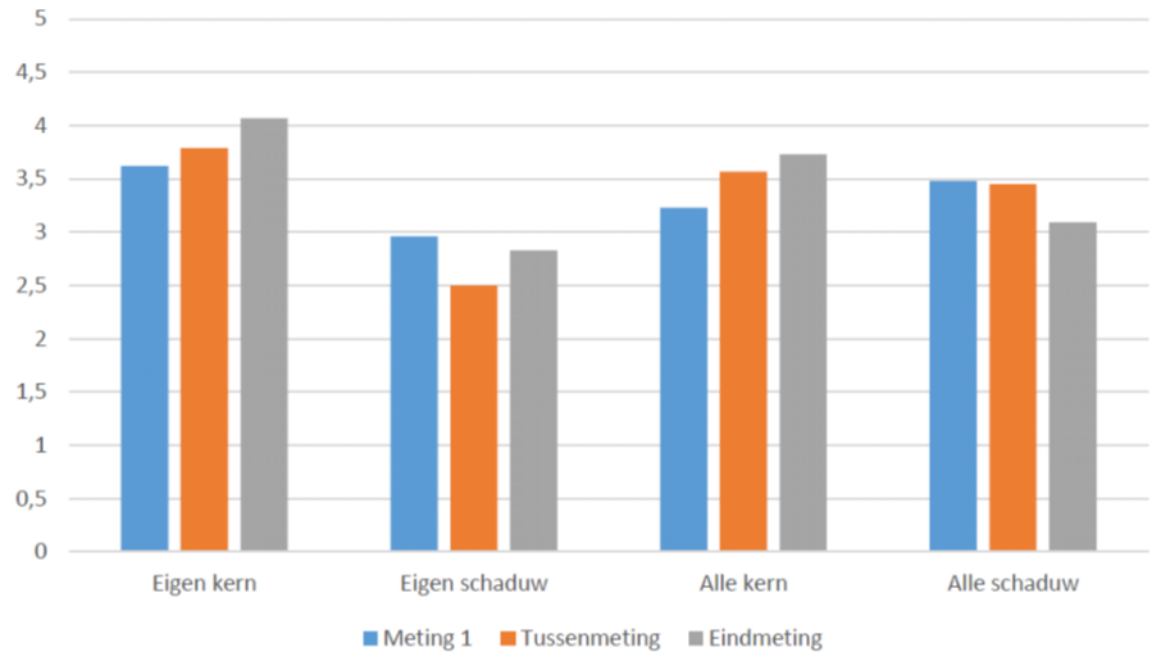
1. Beschikbaarheid van ROM computers voor patiënten
2. Start met online metingen in intake per 30 maart
3. ROM opgenomen in behandelplanning
4. 80% voormetingen, 40% nametingen

Uitdagingen

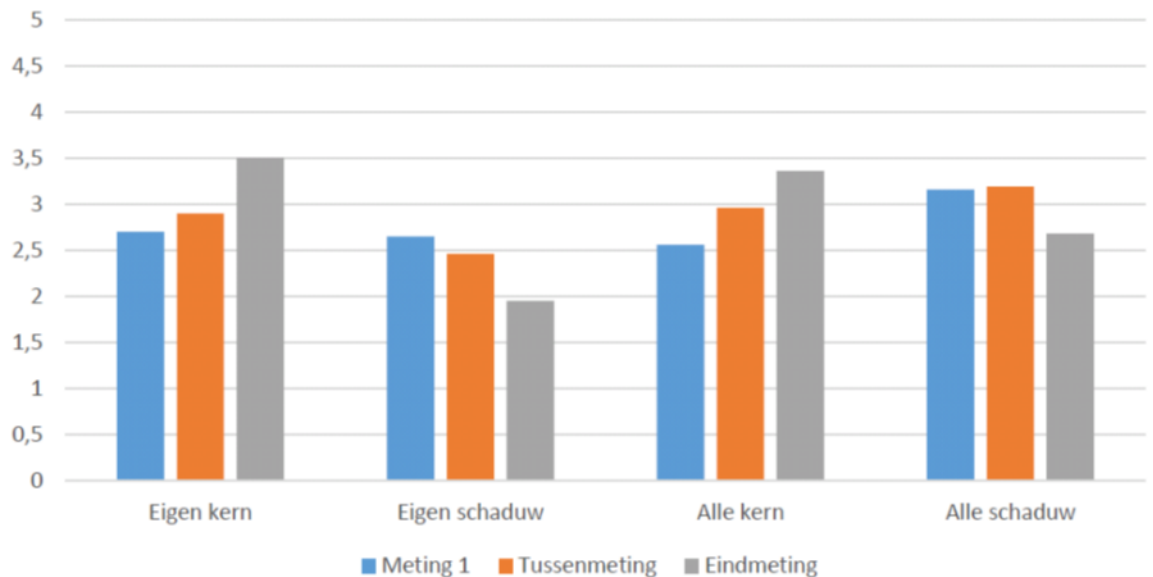
1. Scholing continueren: "hoe houden we elkaar scherp"?
2. Opgedane kennis van project verspreiden binnen overige poli teams

ROM doorbraak project

Individueel gebruik en ervaren nut van ROM in de dagelijkse praktijk

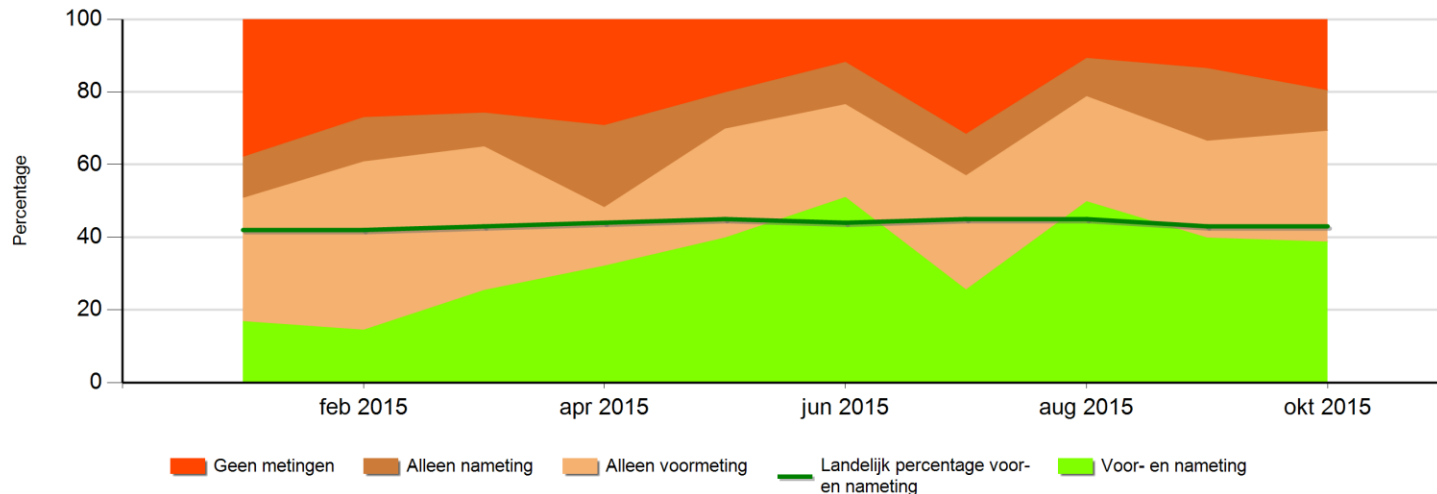


Gebruik van ROM in het team en organisatorische randvoorwaarden



Beloop metingen in afgelopen jaar

Afgesloten DBC trajecten per maand - APA DNV Depressie

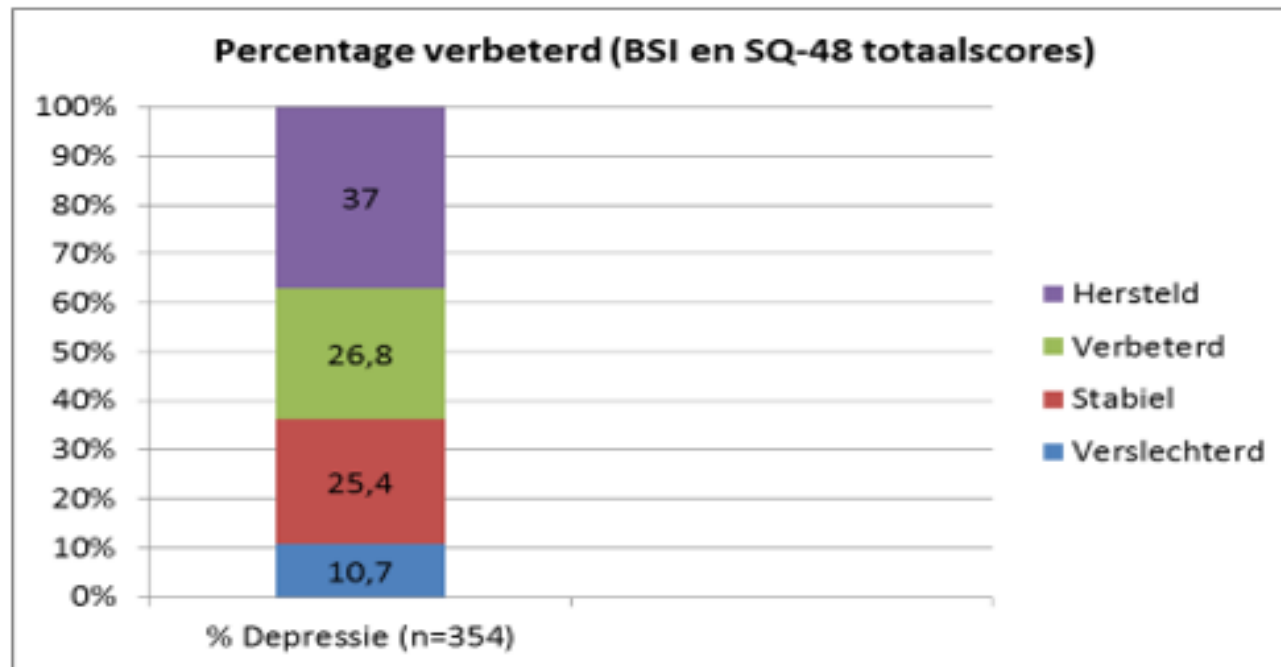


Behandeluitkomsten per team

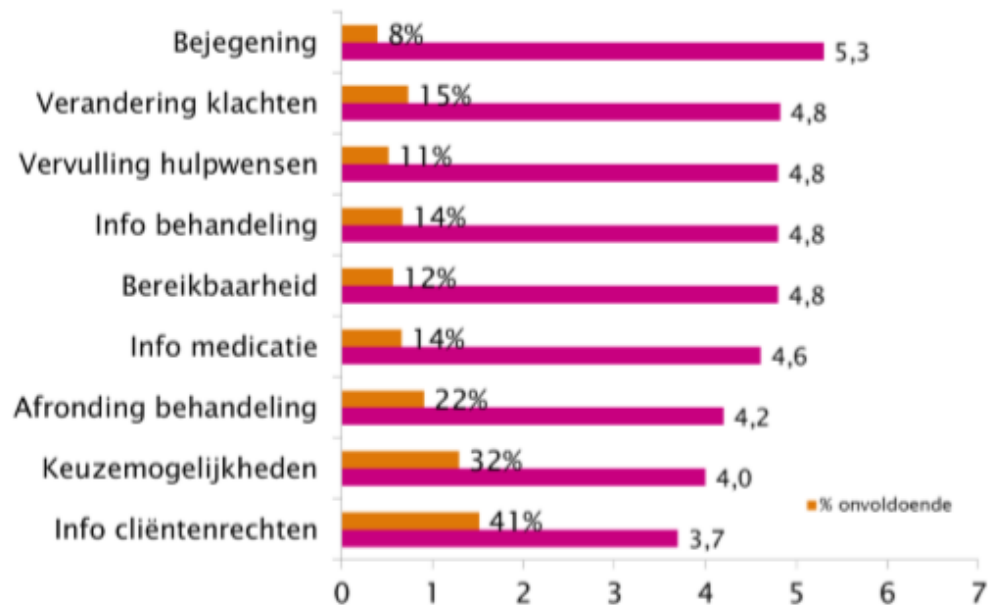
Tabel 1: behandeluitkomsten met ROM

	Team A		Team B	
	Respons	Delta T (verschilscore)	Respons	Delta T (verschilscore)
2017	56% (n=60)	6,0 (n=20)	61% (n=50)	11,7 (n=10)
2016	58% (n=400)	10,1 (n=60; 95% BI 7,8-12,3)	56% (n=350)	8,2 (n=60; 95% BI 5,3-11,0)
2015	44% (n=440)	11,6 (n=40; 95% BI 8,1-15,2)	36% (n=430)	10,5 (n=30; 95% BI 5,8-15,3)
<i>totaal</i>	<i>49% (n=900)</i>		<i>46% (n=830)</i>	

Behandeleffecten per team



Waardering van de behandeling



Figuur 1. Schaalscores en percentages onvoldoende.

Functie	Verrichting	Contact soort	Code	Streef tijd Direct per sessie	streef tijd indirect per sessie	Bouwstenen
Klinisch psycholoog PIOG Psychotherapeut GZ psycholoog Verpleegkundig specialist (tezamen afgekort als BEH)	sessie 1-3 <ul style="list-style-type: none"> Behandelplan bespreken en definitief maken Bespreken familiebeleid en vormgeven Psychoeducatie Eventueel klachtgerichte vragenlijst afnemen Crisis signaleringsplan opstellen Evaluatiedatum bepalen 	101	B31D/ B31E	45	15	Definitief maken behandelplan door HB (evt in overleg met andere behandelaren) CGT Crisis-Signaleringsplan (printen) Familiebeleid
BEH	Vervolgssessies inplannen tot evaluatiedatum	101	B31D/ B31E	45	15	
	Tussentijdse evaluatie <ul style="list-style-type: none"> Behandelevaluatie maken. Evt. afname klachtgerichte vragenlijst 		D206	5	10	Tussentijdse evaluatie
BEH en afstemmen met evt. andere betrokken behandelaren	Tussentijdse evaluatie <ul style="list-style-type: none"> Evalueren behandeling, evt. aan de hand van klachtgerichte vragenlijst Uitslag bepaalt vervolg beleid 	101	B31D/ B31E	45	15	Tussentijds evalueren behandeling
	z.n. nog een cyclus vervolgssessies plannen tot volgende evaluatiedatum	101	B31D/ B31E	45	15	
BEH en afstemmen met evt. andere betrokken behandelaren HB aanwezig bij eindevaluatie	Afsluiting: Laatste 3 behandel sessies <ul style="list-style-type: none"> ROM: SQ-48 Evt klachtgerichte vragenlijst Terugval-preventieplan opstellen en zo mogelijk met familie/naasten bespreken Afsluiten behandeling 	101	B31D/ B31E/ D206	45	15	Familiebeleid Terugval-preventieplan Eindevaluatie met HB Eindevaluatie ROM: SQ-48
BEH met bijdrage van alle betrokken behandelaren, medeondertekend door HB	Brief huisarts				20	Brief naar HA

LEAN

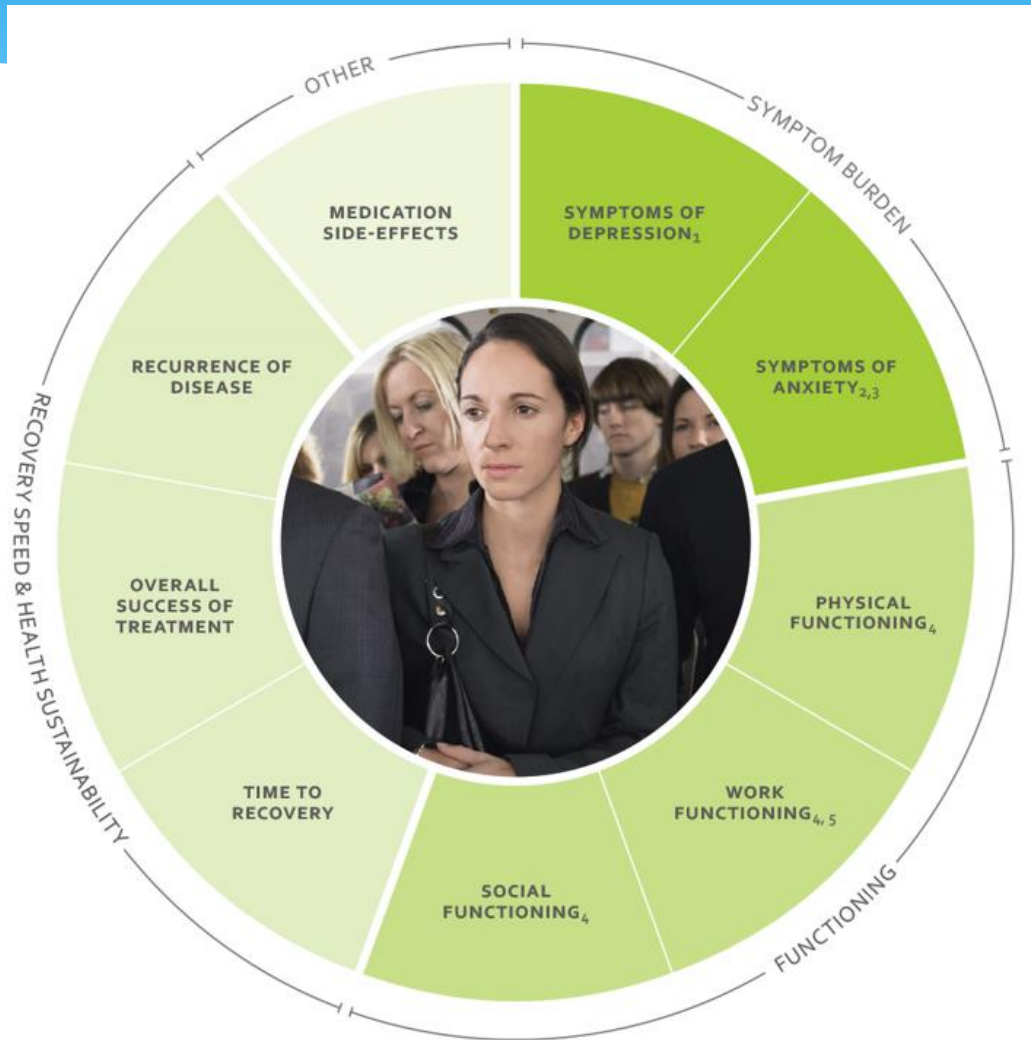
Lean ('slank' of 'lenig') management is een filosofie waarbij je iedere dag met iedereen in je organisatie werkt aan **verbetering om de patiënt ('klant') optimale waarde te bieden**. Het startpunt is de praktijk: je legt alles wat je doet onder een loep en kijkt hoe het beter kan. Is er een knelpunt, dan zoek je de oorzaak en kijk je wie wat kan doen om het op te lossen.

Resultaat: Het resultaat: een duurzame verbetering van de kwaliteit, veiligheid en efficiency van de zorg.

Value based health care is gericht op het optimaliseren van de waarde voor de patient

$$\text{Patiëntwaarde} = \frac{\text{patiënt uitkomsten van belang voor de patiënt}}{\text{kosten om de uitkomsten te leveren}}$$

International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)



ICHOM outcome

	Basismeting	Monitoring behandelings	Eindmeting
Outcomes	Symptom burden (PHQ-9 and GAD-7) Medication side effects Functioning (WHODAS 2.0) Absenteeism	Symptom burden (PHQ-9 and GAD-7) Single Functioning item (PHQ-9/GAD-7 supplement) Medication side effects Time to recovery	Symptom burden (PHQ-9 and GAD-7) Medication side effects Recurrent episode Functioning (WHODAS 2.0) Absenteeism Overall success of treatment Change of mental health status RCI
# of Items	47	19	45

Obbarius et al. 2017. Qual Life Res 26:3211–3225

ICHOM casemix factors

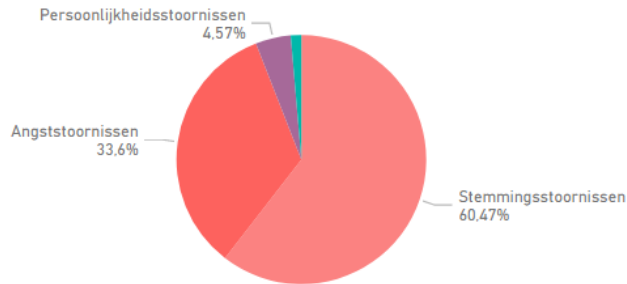
	BL (baseline set)	TM (treatment monitoring set)	AA (annual outcome assessment)
Case-mix factors	Age Sex Educational level Living status Work status Social Support Comorbidities Prior episodes of depression/ anxiety Duration of symptoms Prior treatment Outcome expectancy	Current treatment	Living status Work status Comorbidities Prior and current treatment Social support Outcome expectancy

Concept Dashboard

Overzicht proceskenmerken

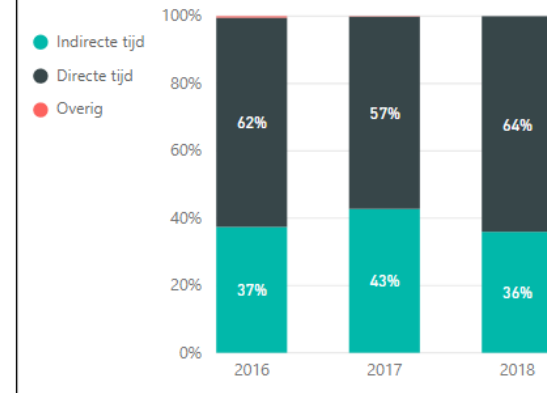
170	1318	30
# patiënten	# Minuten_per_patient	# Contacten_per_patient

Verdeling hoofdidagnoses



Contact soort	Som minuten
Face to Face	74,46%
E-Health contact	13,97%
Telefonisch contact	6,60%
Contact niet doorgegaan	4,46%
Videobellen	0,50%
Totaal	100,00%

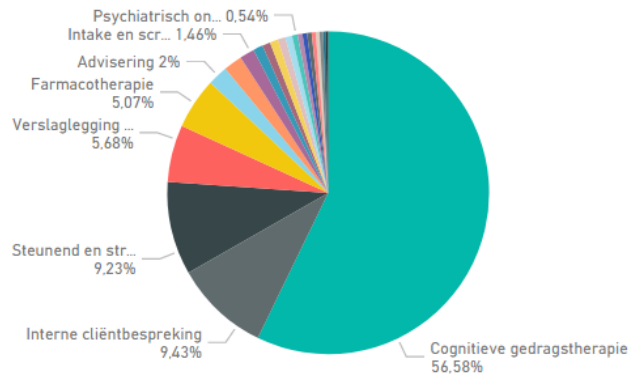
Indirecte tijd, Directe tijd en Overig per Jaar



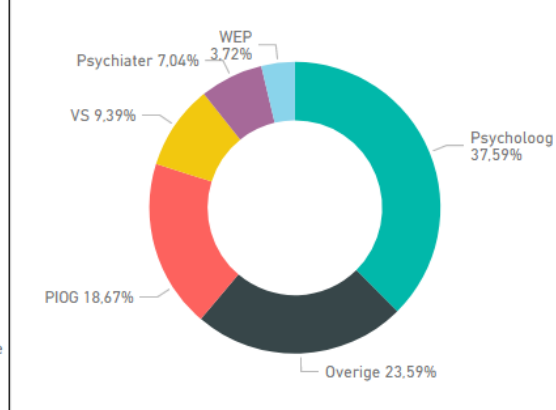
Som minuten per Contact type

Contact type

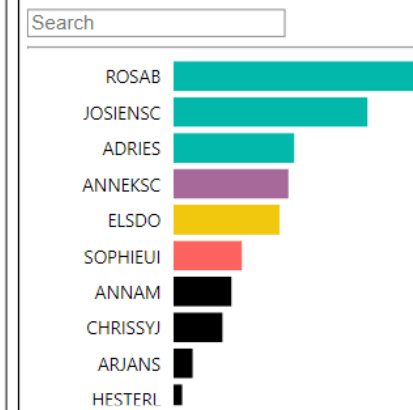
- Cognitieve gedragstherapie
- Interne cliëntbespreking
- Steunend en struct.behand.cont
- Verslaglegging algemeen
- Farmacotherapie
- Advisering
- Eye movement desensitization
- Intake en screening
- Zorgcoördinatie
- Psychomotorische therapie 2017
- Persoonlijkheids onderzoek



Minuten per patient per functiegroep



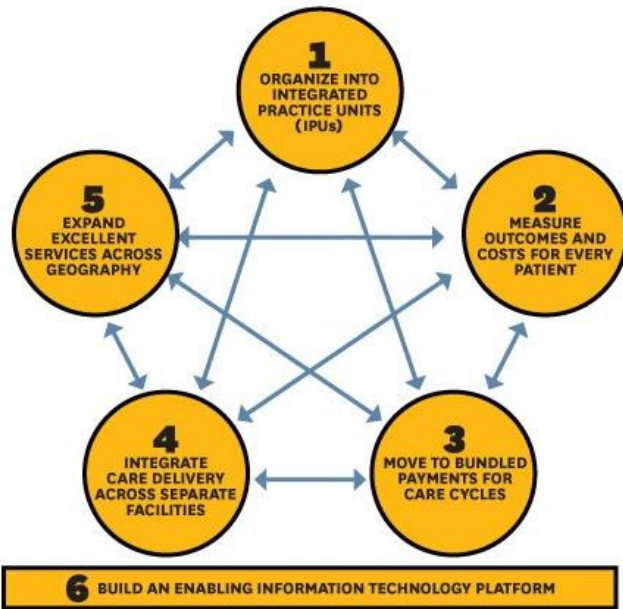
Totaal # contacten per Medewerker



Model van Porter

THE VALUE-BASED SYSTEM

The strategic agenda for moving to a high-value delivery system has six interdependent elements.



1. Organiseer de zorg rondom helder gedefinieerde patiëntgroepen
2. Meet de uitkomsten en de kosten voor iedere patiënt
3. Ketenfinanciering
4. Ketenzorg (over de schotten heen georganiseerd)
5. Geografische expansie van best practices
6. Ondersteunende technologie

SOURCE MICHAEL E. PORTER

HBR.ORG

Figuur 1: The value based system. Bron: Michael E. Porter / HBR

Samenvattend

- * De waarde die de behandeling voor de patiënt heeft moet centraal staan en basis zijn voor behandelkeuzes en evaluaties.
- * Voor behandelaren biedt waardegedreven zorg een goed model om in overleg met de patient de zorg transparant, efficiënt en optimaal te maken.
- * Goed meten en technologische ondersteuning zijn van belang om regelmatige evaluaties te vergemakkelijken.