

# **Implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk in de GGZ**

**Achtergrondrapport**

Trimbos-instituut,  
Utrecht, 2015

## Colofon

### *Opdrachtgever en financier*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

### *Projectuitvoering*

Jasper Nuijen, Bob van Wijngaarden, Marjolein Veerbeek, Gerdien Franx, Jolanda Meeuwissen en Marja van Bon-Martens

### *Projectleiding en eindredactie*

Jasper Nuijen

### *Met medewerking van*

Harry van Haastrecht en Heleen Huisman

### *Met dank aan*

De leden van de begeleidingscommissie:

Edwin de Beurs (Stichting Benchmark GGZ; Universiteit Leiden), Fianne Bremmer (GGZ Nederland), Victor Buwalda (psychiater; Victas), Philippe Delespaul (Mondriaan; Universiteit Maastricht), Kim de Jong (Universiteit Leiden), Lotte Kits (LPGGz), Michiel Kooper (hoofd informatiemanagement, Arkin), Margot Metz (senior beleidsmedewerker sector Innovatie & Kwaliteit, GGz Breburg), Monique de Rooij (vrijgevestigd psychotherapeut; LVVP), Eric Ruhé (psychiater; UMC Groningen), Ype van Strien (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en Monique Strijdonck (GGZ Nederland).

Voor wat betreft de steekproeftrekking en het uitzetten van de enquête: de deelnemende instellingen, Stichting Benchmark GGZ (SBG), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP) en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE).

### *Productiebegeleiding*

Martin Fraterman

### *Opmaak en druk*

Canon Nederland N.V.

### ISBN

Deze uitgave is te bestellen via [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl), onder vermelding van artikelnummer ... U krijgt een factuur voor de betaling.

© 2015 Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos-instituut.

# Inhoudsopgave

## **Achtergrondrapport deel A: Toegepaste onderzoeksmethoden**

*Bob van Wijngaarden, Jasper Nuijen, Marjolein Veerbeek en Marja van Bon*

- 1 Inleiding
- 2 Toegepaste methode voor de ontwikkeling van een enquête naar de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk
- 3 Procedure steekproeftrekkingen van behandelaren werkzaam bij GGZ-instellingen en van vrijgevestigde behandelaren
- 4 Toegepaste methode voor het inventariseren van praktijksituaties in GGZ-instellingen en vrijgevestigde praktijken

## **Achtergrondrapport deel B: Resultaten van enquêtes onder behandelaren van instellingen en onder vrijgevestigde behandelaren**

*Bob van Wijngaarden en Jasper Nuijen*

- 1 Inleiding
- 2 Uitkomsten onder behandelaren werkzaam bij instellingen
- 3 Uitkomsten onder vrijgevestigde behandelaren

## **Achtergrondrapport deel C: Verslag van interviews bij praktijksituaties in instellingen en vrijgevestigde praktijken**

*Jasper Nuijen, Bob van Wijngaarden, Gerdien Franx, Marjolein Veerbeek, Jolanda Meeuwissen en Marja van Bon*

- 1 Inleiding
- 2 Verslag van interviews bij zeven praktijksituaties in instellingen
- 3 Verslag van interviews bij vijf praktijksituaties in vrijgevestigde praktijken

**Bijlage A1** De implementatieniveaus van Grol & Wensing

**Bijlage A2** De lijst omschrijvingen van kenmerken met (in rood) de aanvullingen van de begeleidingscommissie

**Bijlage A3** Invulformulier voor de waardering

**Bijlage A4** Gemiddelde waardering per item

**Bijlage A5** Achtergrondinformatie over het onderzoek

**Bijlage A6** Enquête: versie instellingen

**Bijlage A7** Enquête: 3 versies vrijgevestigden

**Bijlage B1** Beoogde steekproef behandelaren werkzaam bij GGZ-instellingen

- Bijlage B2** Factoranalyse behandelaren werkzaam bij GGZ-instellingen
- Bijlage B3** Factoranalyse vrijgevestigde behandelaren werkzaam in solopraktijken
- Bijlage B4** Factoranalyse vrijgevestigde behandelaren werkzaam in groepspraktijken

# **Achtergrondrapport deel A**

## **Toegepaste onderzoeksmethoden**

Auteurs: Bob van Wijngaarden, Jasper Nuijen, Marjolein Veerbeek en Marja van Bon



# Inhoudsopgave deel A

## **1 Inleiding**

- 1.1 Aanleiding, doel en methode
- 1.2 Voorliggende rapport: beschrijving van de toegepaste onderzoeksmethoden

## **2 Toegepaste methode voor de ontwikkeling van een enquête naar de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk**

- 2.1 De selectie van items voor de enquête
- 2.2 Van conceptversie tot definitieve versie: uitgebreide beschrijving van de uitgevoerde stappen

## **3 Procedure steekproeftrekkingen van behandelaren werkzaam bij GGZ-instellingen en van vrijgevestigde behandelaren**

- 3.1 Procedure steekproeftrekking behandelaren werkzaam bij GGZ-instellingen
- 3.2 Procedure steekproeftrekkingvrijgevestigde behandelaren

## **4 Toegepaste methode voor het inventariseren van praktijksituaties in GGZ-instellingen en vrijgevestigde praktijken**

- 4.1 Selectie van praktijksituaties
- 4.2 Dataverzameling: semigestructureerde interviews

**Bijlage A1** De implementatieniveaus van Grol & Wensing

**Bijlage A2** De lijst omschrijvingen van kenmerken met (in rood) de aanvullingen van de begeleidingscommissie

**Bijlage A3** Invulformulier voor de waardering

**Bijlage A4** Gemiddelde waardering per item

**Bijlage A5** Achtergrondinformatie over het onderzoek

**Bijlage A6** Enquête: versie instellingen

**Bijlage A7** Enquête: 3 versies vrijgevestigden





# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding, doel en methode

Routine Outcome Monitoring (ROM) is de afgelopen jaren breed ingevoerd in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).<sup>1</sup> De nadruk is daarbij komen te liggen op het verzamelen van ROM-gegevens voor het genereren van vergelijkings- en verantwoordingsinformatie. Er is verhoudingsgewijs minder aandacht besteed aan de primaire functie van ROM: het bieden van ondersteuning aan behandelaren en cliënten bij het verbeteren van individuele behandeltrajecten. Daarom heeft het ministerie van VWS het Trimbos-instituut opdracht gegeven onderzoek uit te voeren met een tweeledig doel:

- 1) Het inventariseren van de mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk, zowel bij instellingen als bij vrijgevestigde praktijken.
- 2) Het beschrijven van praktijksituaties in instellingen en vrijgevestigde praktijken ROM relatief goed geïmplementeerd is in de dagelijkse zorgpraktijk, zowel vanuit het behandelaarsperspectief als vanuit het cliëntperspectief, en het inventariseren van de lessen die hieruit kunnen worden geleerd.

De eerste doelstelling is bereikt via het uitzetten van enquêtes onder (zoveel mogelijk) landelijk representatieve steekproeven van behandelaren werkzaam bij instellingen en van vrijgevestigde behandelaren. Voor de tweede doelstelling zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met behandelaren, cliënten(vertegenwoordigers), (team)managers en ROM-/kwaliteitscoördinatoren bij praktijksituaties in instellingen en vrijgevestigde praktijken. De praktijksituaties zijn geselecteerd op geleide van positief uitspringende resultaten op de enquête.

## 1.2 Achtergrondrapport deel A: beschrijving van de toegepaste onderzoeksmethoden

De hoofdbevindingen van de enquêtes onder behandelaren en van de interviews bij de praktijksituaties worden beschreven en geduid in het Kernrapport.<sup>2</sup> In dit deel van het achtergrondrapport worden de toegepaste onderzoeksmethoden beschreven.

---

<sup>1</sup> Inclusief verslavingszorg.

<sup>2</sup> *Implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk in de GGZ. Een landelijke meting van de implementatiegraad en een verdieping aan de hand van praktijksituaties.*



## 2 Toegepaste methode voor de ontwikkeling van een enquête naar de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk

### Samenvatting

#### *Het bepalen van de inhoud van de enquête*

Het doel van de enquête was het verkrijgen van een landelijk representatief beeld van de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van het primaire proces. Bij het bepalen van de inhoud van de enquête is uitgegaan van de bestaande kennis en visies over ROM, zowel vanuit de literatuur als vanuit experts:

- *Stap 1:* In de beschikbare literatuur werd gezocht naar kenmerken die van belang worden geacht voor een succesvolle implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument, en factoren die daarbij belemmerend of bevorderend zijn. Op deze wijze werden 608 kenmerken en factoren geïdentificeerd.
- *Stap 2:* Hierin werd dit aantal teruggebracht tot 64 door het samenvoegen van vergelijkbare kenmerken tot overkoepelende (sub)categorieën.
- *Stap 3:* Hierin werden per (sub)categorie de kenmerken opnieuw omschreven, zodanig dat deze de (sub)categorieën inhoudelijk dekten. Dit leidde tot 86 kenmerken, die werden voorgelegd aan tien experts op het gebied van ROM (de begeleidingscommissie van dit onderzoek), met de vraag de lijst door te nemen en eventueel aan te vullen. Deze experts hebben verschillende achtergronden (o.a. behandelaar, cliëntvertegenwoordiger, wetenschapper, manager). Uiteindelijk resteerde een lijst met 90 kenmerken.
- *Stap 4:* Hierin werd aan de tien experts gevraagd om deze 90 kenmerken te beoordelen op belangrijkheid, resulterend in een selectie van 23 hoofdkenmerken. Deze hoofdkenmerken vormden de basis voor de verdere ontwikkeling van de enquête.

#### *Uitgangspunten enquête*

- Vanwege pragmatische redenen (het korte tijdsbestek waarin de enquête moest worden ontwikkeld en landelijk moest worden uitgezet) en vanwege het advies van de begeleidingscommissie om in elk geval behandelaars (zijnde de primaire gebruikers van ROM) te bevragen voor het bepalen van de implementatiegraad, werd besloten alleen een enquête te ontwikkelen voor behandelaars.

- De enquête zou een beknopte, in enkele minuten in te vullen digitale enquête moeten worden. Daarbij zou de enquête van toepassing moeten zijn op alle behandelaars, ongeacht welke cliëntengroep(en) zij bedienen (de zorgdomeinen) en ongeacht in welk type GGZ-instelling (inclusief verslavingszorginstellingen) of vrijgevestigde praktijk zij werken.

#### ***Van conceptversie tot definitieve versie***

Bij de verdere ontwikkeling van de enquête zijn de volgende stappen uitgevoerd:

1. Operationalisatie van de 23 hoofdkenmerken in de vorm van stellingen met een vijfpunts Likertschaal als antwoordcategorieën.
2. Ontwikkeling van andere onderdelen van de enquête: introductietekst, achtergrondinformatie en achtergrondvragen over de behandelaar, zoals beroep.
3. Herzieningen van eerste versies op basis van interne rondes.
4. Voorleggen van de conceptversies van de enquêtes aan de begeleidingscommissie en verwerking van het commentaar.
5. Digitalisering van de enquêtes.
6. Pretesten onder behandelaars en verwerking van het commentaar.
7. Definitieve versies van de enquêtes.

#### ***Vier versies van de enquête***

Uiteindelijk zijn vier versies van de enquête ontwikkeld:

- Een versie voor behandelaars werkzaam in GGZ-instellingen: 22 stellingen.
- Een versie voor vrijgevestigden werkzaam in een groepspraktijk: 22 stellingen.
- Een versie voor vrijgevestigden die faciliteiten delen met anderen: 17 stellingen.
- Een versie voor vrijgevestigden met een solopraktijk: 16 stellingen.

Naast de stellingen die gaan over verschillende elementen van een succesvolle implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk, omvatten de enquêtes vragen over achtergrondkenmerken van de behandelaars, een voorvraag naar de mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk en een afsluitende open vraag voor opmerkingen naar aanleiding van de enquête.

## 2.1 De selectie van items voor de enquête

### 2.1.1 Inleiding

Voor de selectie van items voor de te ontwikkelen enquête is gebruik gemaakt van een literatuurstudie en van de oordelen van een groep experts op het gebied van Routine Outcome Monitoring (ROM). De focus hierbij lag op een succesvolle implementatie van ROM in de klinische praktijk, dat wil zeggen als een instrument dat cliënten en behandelaars ondersteunt in de behandeling en begeleiding (kortweg: het primaire proces). Het gebruik van ROM ten behoeve van benchmarking en/of externe verantwoording werd hierbij buiten beschouwing gelaten.

De selectie van items werd in vier stappen uitgevoerd:

- *Stap 1:* het scannen van de zogeheten ‘witte’ en ‘grijze’ literatuur, met als doel het identificeren van kenmerken die van belang zijn voor een succesvolle implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces, en daarbij eventuele belemmerende en/of bevorderende factoren.
- *Stap 2:* het reduceren van het aantal gevonden kenmerken tot een werkbaar aantal, door het samenvoegen van vergelijkbare kenmerken tot overkoepelende categorieën en subcategorieën.
- *Stap 3:* a) het formuleren van één of enkele omschrijving(en) van een succesvol kenmerk per (sub)categorie, en b) het door een groep experts op het gebied van ROM laten aanvullen van deze beschrijvingen.
- *Stap 4:* het door de groep experts laten prioriteren van de aangevulde set van beschrijvingen om te komen tot een beperkte set van – in de ogen van deze experts – meest belangrijke kenmerken: de hoofdkenmerken.

### 2.1.2 Stap 1: het scannen van ‘witte’ en ‘grijze’ literatuur

Een literatuursearch is uitgevoerd op peer reviewed wetenschappelijke artikelen en proefschriften (‘witte’ literatuur) en niet peer reviewed wetenschappelijke literatuur of niet-wetenschappelijke literatuur (‘grijze’ literatuur) over ROM. Hierbij werd geselecteerd op literatuur over (de toepassing) van ROM in het primaire proces in Nederland.<sup>3</sup> In Eventuele artikelen of rapporten die bij de search niet werden gevonden, maar wel bij de bestudering van de literatuur naar boven kwamen, werden aan de lijst toegevoegd. De gevonden literatuur is doorzocht op de volgende onderwerpen:

---

<sup>3</sup> De gevolgde zoekstrategie is een vervolg op de search die is uitgevoerd voor de Trendrapportage GGZ 2012 (Nuijen e.a., 2012). De nieuwe search is uitgevoerd op publicaties over ROM die vanaf 2008 zijn verschenen en niet in de eerdere search voorkwamen.

- Wat zijn beïnvloedende (bevorderende/belemmerende) factoren bij de implementatie van ROM als een instrument ter ondersteuning van het primaire proces?
- Wat zijn randvoorwaarden en kenmerken van een succesvolle implementatie van ROM als instrument ter ondersteuning van het primaire proces?

In totaal werden 57 artikelen, proefschriften, rapporten, boekhoofdstukken en webpublicaties doorzocht. Deze publicaties werden ter beoordeling verdeeld onder de drie onderzoekers (BvW: 29, JN: 13, MvB: 15).

In totaal werden 608 kenmerken, factoren en randvoorwaarden geïdentificeerd, die van invloed zijn op/belangrijk zijn voor een succesvolle implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire zorgproces. Deze kenmerken, factoren en randvoorwaarden werden in de vorm van tekstfragmenten uit de oorspronkelijke publicaties opgenomen in een Excel-bestand. Hierbij werd al een eerste rubricering aangebracht op basis van de vijf niveaus die Grol & Wensing (2011) onderscheiden bij de implementatie van een nieuwe werkwijze:

- Systeem
- Individu
- Sociale omgeving
- Organisatie
- Maatschappij

Voor een operationalisatie van deze niveaus ten behoeve van ROM, zie Bijlage A1. Behalve deze eerste rubricering in niveaus werd per gevonden kenmerk aangegeven of het een belemmerende of bevorderende factor bij, een randvoorwaarde voor, of een kenmerk van een succesvolle implementatie betrof.

### **2.1.3 Stap 2: het reduceren van het aantal gevonden kenmerken**

Deze stap werd door twee onderzoekers (JN en BvW) gezamenlijk uitgevoerd. In eerste instantie werd vastgesteld in hoeverre de eerste indeling in niveaus correct was uitgevoerd. Op basis van consensus tussen beide onderzoekers werd de indeling in de vijf niveaus definitief vastgesteld. Vervolgens werden per niveau inhoudelijk overeenkomstige tekstfragmenten gecategoriseerd. Dit wil zeggen categorieën (en eventueel subcategorieën werden geformuleerd die een weergave vormen van de inhoud van de tekstfragmenten. Op niveau 1 (systeem) werd bijvoorbeeld de categorie 'kwaliteit meetinstrumentarium' met daaronder de subcategorieën 'psychometrische kwaliteit' en 'toepasbaarheid' geformuleerd. Onder de subcategorie 'psychometrische kwaliteit'

werden vervolgens de tekstfragmenten over de noodzaak van valide en betrouwbare meetinstrumenten samengenomen.

De 608 tekstfragmenten konden op deze wijze worden ondergebracht in 64 (sub)categorieën. De aard van het item (factor, kenmerk of randvoorwaarde) bleek niet eenduidig te benoemen en werd als indelingskenmerk losgelaten<sup>4</sup>.

In Tabel 2.1 is de categorisering weergegeven en per (sub)categorie het aantal tekstfragmenten dat daarin is samengevat.

**Tabel 2.1** Categorisering niveau, categorie en subcategorie

Niveau	Categorie	Subcategorie	Aantal tekst fragmenten	Item #		
1. ROM-Systeem	1. Kwaliteit meetinstrumentarium	Psychometrische kwaliteit	9	8		
		Toepasbaarheid	9	10		
	2. Klinische relevantie meetinstrumentarium		Aspecifiek	7	13	
			Beloop	5	15	
			Context	7	19	
			Diagnostiek	6	22	
			Perspectief	5	28	
			Proces	5	30	
			3. Aansluiting praktijk	Applicatie	3	34
				Meetinstrumentarium	12	40
	4. Cliëntperspectief		16	48		
	5. Gebruikersgemak		Flexibiliteit van het ROM-systeem	8	51	
			Gebruiksvriendelijkheid afname meetinstrumentarium	13	55	
			Integratie binnen bestaande systemen (bv. EPD)	16	58	
			Toegankelijkheid van de ROM-uitkomsten	6	71	
			6. Feedback	Gebruiksvriendelijkheid	15	72
		Interpreteerbaarheid	21	75		
	7. Procedurele helderheid		4	76		
	<b>Totaal 1. Systeem</b>			<b>167</b>	<b>20</b>	
	2. Individu	1. Kennis behandelaar	Benul ROM	4	80	
Interpretatie feedback			8	85		
Technische vaardigheid omgaan met ROM-systeem			3	9		
Toepassing feedback in primaire proces			11	11		
2. Motivatie behandelaar			Betrokkenheid	8	17	
			Nut	18	23	
			Weerstand	15	24	
						31

<sup>4</sup> Tijdens stap 2 werden nog eens 106 tekstfragmenten geïdentificeerd in aanvullende literatuur. Na de categorisering werd per tekstfragment nagegaan of deze aanleiding gaf tot het formuleren van een nieuwe (sub)categorie. Dit bleek niet het geval te zijn.

Niveau	Categorie	Subcategorie	Aantal tekst fragmenten	Item #
	3. Voordeel / nadeel behandelaar	Belasting	12	35
		Prioritering	5	37
	4. Uitvoering ROM behandelaar		5	44
	5. Gedragmatige factoren, routine behandelaar		9	45
				47
	6. Belang voor primaire proces	Samenwerking behandelaar cliënt	10	49
		Voorwaarde	14	57
	7. Medewerking cliënt	Belasting	4	65
		Betrokkenheid	8	67
		Keuzevrijheid	2	69
	8. Tevredenheid cliënt		4	79
<b>Totaal 2. Individu</b>			<b>140</b>	<b>21</b>
3. Sociale omgeving	1. Motivatie team		10	25
	2. Teamcultuur		4	38
	3. Organisatiecultuur		8	50
	4. Voorbeeldfunctie en ondersteuning		1	53
<b>Totaal 3. Sociale omgeving</b>			<b>23</b>	<b>4</b>
4. Organisatie	1. Aansluiting ROM-systeem primaire proces		27	1 7
				2 4
	2. Aansluiting meetmomenten primaire proces		21	3 7
				4 7
				14 7
	3. Toepassing ROM-systeem binnen primaire proces		24	16 8
				18 8
				21 1
	4. Leren van ROM op teamniveau		13	26 8
				27 2
	5. Training en scholing gebruikers		24	29 8
				36 3
	6. Ondersteuning dataverzameling	Administratie	6	39 8
		Testassistent	9	41 4
				42 8
	7. Cliëntbetrokkenheid	Gebruik	5	43 6
		Implementatie	5	46
	8. Commitment management		13	52
				54
	9. Middelen	Kosten algemeen	10	56
		Kosten ROM-systeem	6	59
	10. Samenwerking met andere aanbieders		4	60
				61
	11. Implementatiestrategie	Betrekken en faciliteren medewerkers	20	62
		Interne communicatie	8	63
		Keuze ICT-systeem	7	64
		Kleinschalig en projectmatig starten	10	66
				68
		Maatwerk	3	70
		Monitoring gebruik ROM	6	73
		Voortrekker	22	



Niveau	Categorie	Subcategorie	Aantal tekst fragmenten	Item #
<b>Totaal 4. Organisatie</b>			<b>243</b>	<b>39</b>
5. Maatschappij	1. Nadruk op benchmark doelstelling		10	7
	2. Benchmark procedure: koppeling aan DBC-registratie		7	12
	3. Invloed externe partijen	Aansluiting praktijk	6	20
		Financiële druk	8	
		Keuze meetinstrumentarium	4	
<b>Totaal 5. Maatschappij</b>			<b>35</b>	<b>3</b>
<b>Eindtotaal</b>			<b>608</b>	<b>86</b>

#### 2.1.4 Stap 3: Omschrijvingen van een succesvol kenmerk per (sub)categorie

Per (sub)categorie werden door beide onderzoekers (BvW en JN) gezamenlijk nieuwe beschrijvingen geformuleerd op basis van de (overlappende) inhoud van de tekstfragmenten. Er werd gestreefd naar één alomvattende omschrijving per (sub)categorie, ten behoeve van een beperking van het aantal kenmerken tot een handzame set. In een aantal gevallen was het niet mogelijk alle teksten in één omschrijving samen te vatten, waardoor uiteindelijk een lijst met 86 omschrijvingen resulteerde. Deze omschrijvingen zijn weergegeven in Bijlage A2 (items 1 t/m 86). In Tabel 2.1 zijn per niveau in de laatste kolom itemnummers aangegeven. Deze corresponderen met de nummers van de omschrijvingen in Bijlage A2.

De lijst met 86 omschrijvingen is vervolgens toegestuurd aan een begeleidingscommissie bestaande uit tien experts op het gebied van ROM. De experts hebben verschillende achtergronden (o.a. wetenschapper, behandelaar, manager en cliëntvertegenwoordiger). Deze commissie kreeg het verzoek de lijst door te nemen en eventueel aan te vullen. Dit resulteerde in de toevoeging van vier extra omschrijvingen en de aanpassing of aanvulling van nog eens 16 omschrijvingen. Deze aanpassingen en aanvullingen zijn in Bijlage A2 **rood** weergegeven. Ook werd één item (item #12 in Bijlage A2) verplaatst van niveau 'Maatschappij' naar niveau 'Organisatie'. De definitieve lijst bestaat daarmee uit 90 omschrijvingen van kenmerken van succesvolle implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces.

### **2.1.5 Stap 4: Prioriteren van de omschrijvingen: de hoofdkenmerken**

De definitieve lijst met omschreven kenmerken is wederom aan de leden van de begeleidingscommissie voorgelegd met de vraag: *'Hoe relatief belangrijk is het kenmerk voor u voor het beschrijven van een geslaagde implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces?* Het doel van deze prioritering was om te komen tot een beperkte set hoofdkenmerken, de kenmerken die het meest belangrijk worden gevonden. De prioritering werd om agendatechnische redenen uitgevoerd tijdens twee aparte bijeenkomsten in juni 2014. Ieder lid was op één van deze bijeenkomsten aanwezig. Eén lid verbleef in het buitenland en heeft deze taak daar uitgevoerd.

Voor de prioritering werden de 90 omschrijvingen op afzonderlijke kaartjes afgedrukt. Elke expert kreeg een set kaartjes met de opdracht om deze te verdelen over vijf gelijke stapeltjes van 18 stuks elk, geordend naar relatieve belangrijkheid. Elke stapeltje kreeg een waarderingscijfer variërend van 1 (minst belangrijk) tot 5 (meest belangrijk). Iedere deelnemer voerde de opdracht onafhankelijk van de andere deelnemers uit. De uitkomsten van deze prioritering werd vervolgens genoteerd op een scoringsformulier en ingevoerd in een SPSS database. Het in het buitenland verblijvende lid van de begeleidingscommissie kreeg de opdracht en de set kaartjes via e-mail toegestuurd. Na een telefonische toelichting van de opdracht heeft zij de prioriteringsopdracht uitgevoerd, de resultaten op een scoreformulier genoteerd en opgestuurd via e-mail. Ook deze scores werden ingevoerd in de database. Alle tien leden van de begeleidingscommissie hebben de opdracht uitgevoerd. Voor een voorbeeld van een ingevuld scoreformulier zie Bijlage A3.

Bij de prioritering zijn de uitkomsten van de commissieleden niet onderling vergeleken. Per item is het rekenkundig gemiddelde, de range en andere spreidingsmaten berekend. Tijdens de uitvoering van de opdracht werd opgemerkt dat één kenmerk twee keer in de lijst voorkwam (item #6 en #44). De onderzoekers hebben daarop de hoogste score van beide items per deelnemer toegekend aan item #6. Item #44 is vervolgens uit de database verwijderd.

In Tabel 2.2 zijn de gemiddelde waarderingscores per implementatieniveau weergegeven. Er blijkt sprake te zijn van een aanzienlijke spreiding. De gehele range aan waarden (1 t/m 5) wordt bestreken, ten teken dat er onder de tien experts verschillend wordt aangekeken tegen het belang van de kenmerken. Het niveau van de behandelaar, cliënt of ander individu wordt over de gehele linie het hoogst gewaardeerd (3,26 ofwel iets boven het schaal midden). Het maatschappelijk niveau wordt over de gehele linie het laagst gewaardeerd, onder het schaal midden.

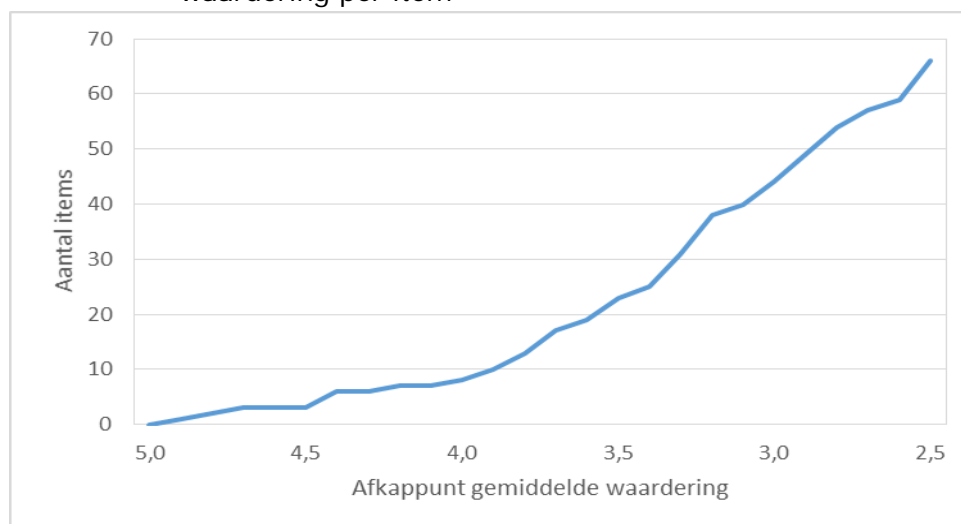
**Tabel 2.2** Aantal items en waardering naar implementatieniveau

<i>Implementatie-niveau</i>	<i>Aantal items</i>	<i>Waardering</i>					
		<i>Gemiddeld</i>	<i>Standaard deviatie</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Range</i>	<i>Mediaan</i>
niveau ROM-systeem	20	3,14	1,42	1,00	5,00	4,00	3,00
niveau behandelaar, cliënt of ander individu	21	3,26	1,51	1,00	5,00	4,00	4,00
niveau sociale omgeving	4	3,00	1,13	1,00	5,00	4,00	3,00
niveau organisatie	43	2,83	1,34	1,00	5,00	4,00	3,00
niveau maatschappij	2	2,60	1,67	1,00	5,00	4,00	2,00

In Bijlage A4 zijn de gemiddelde scores per individueel kenmerk weergegeven. Hier blijkt sprake te zijn van meer overeenkomst tussen de experts. Er is bijvoorbeeld consensus over het grote belang van het bespreken van ROM-uitkomsten met de patiënt (item #1, gemiddelde score 4,90) en van het minder grote belang van het gebruik van rechtenvrije meetinstrumenten (item #51, gemiddelde score 1,60).

Zoals gezegd was het doel van de prioritering de keuze voor een beperkte set hoofdkenmerken. A priori is er echter geen drempelwaarde geformuleerd voor het maken van deze selectie. In Figuur 2.1 is het aantal items weergegeven dat voor de enquête zou worden geselecteerd wanneer verschillende afkappunten voor de gemiddelde waardering worden gekozen.

**Figuur 2.1** Aantal geselecteerde items met afnemend afkappunten voor de gemiddelde waardering per item



Het was de wens van de begeleidingscommissie om een enquête samen te stellen die, inclusief vragen over de achtergrondkenmerken van de behandelaar, in een kort tijdsbestek (circa vijf minuten) kan worden ingevuld. Op grond hiervan is het afkappunt voor de selectie van items vastgelegd op een gemiddelde waardering van 3,5 of hoger.

Daarmee zijn 23 items als hoofdkenmerken geselecteerd voor de enquête. Deze geselecteerde items zijn weergegeven in Tabel 2.3.

**Tabel 2.3** Hoofdkenmerken

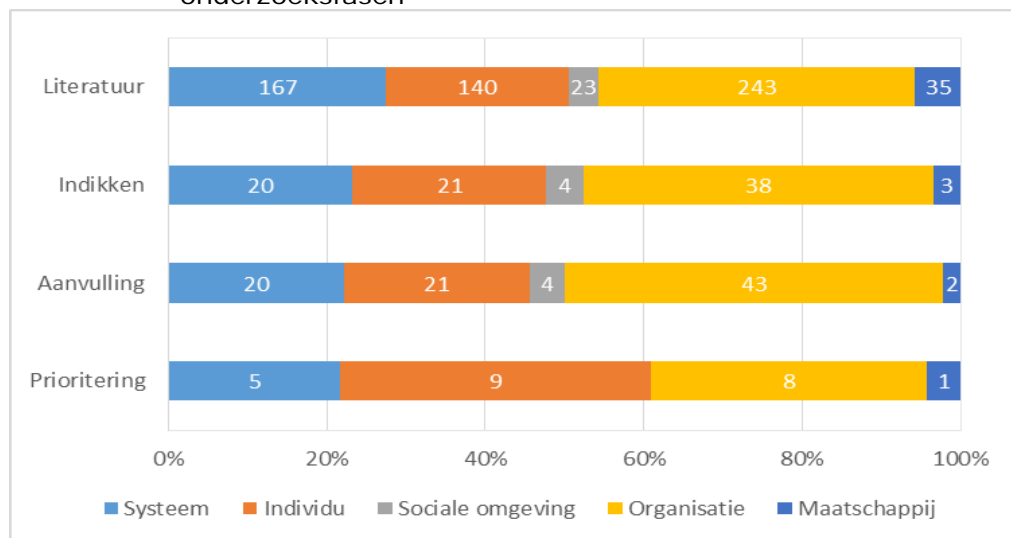
<p><b>Stelsysteem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De gebruikte meetinstrumenten zijn valide, betrouwbaar en gevoelig voor verandering.</li> <li>• De cliënt krijgt begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling van ROM-uitkomsten.</li> <li>• De gebruikte meetinstrumenten zijn bruikbaar bij het opstellen en evalueren van individuele behandelplannen.</li> <li>• De vormgeving van de ROM-feedback is eenvoudig, aantrekkelijk en begrijpelijk (bv. grafisch).</li> <li>• Gebruik van meetinstrumenten die geschikt zijn voor het meten van verandering bij specifieke cliëntgroepen (geschikt om de juiste domeinen van herstel te meten).</li> </ul>
<p><b>Individueel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De behandelaar erkent het belang en het nut van ROM voor het primaire proces (als aanvulling op eigen klinisch oordeel).</li> <li>• Behandelaar en cliënt bepalen gezamenlijk hoe verder te gaan op basis van de ROM-uitkomsten.</li> <li>• De behandelaar koppelt de ROM-uitkomsten terug aan de cliënt gedurende de behandeling.</li> <li>• ROM-uitkomsten worden door de behandelaar gebruikt om het beloop van de behandeling te evalueren.</li> <li>• ROM-uitkomsten worden door de behandelaar én cliënt gebruikt om tussentijds de behandeling aan te passen.</li> <li>• De behandelaar heeft voldoende kennis om de ROM-uitkomsten te kunnen interpreteren.</li> <li>• Cliënten zijn tevreden over het gebruik van ROM voor het regelmatig evalueren van hun behandeling en de bijstelling daarvan.</li> <li>• ROM-uitkomsten worden gebruikt in intercollegiaal overleg.</li> <li>• Cliënten worden vooraf geïnformeerd over het doel en nut van ROM voor het primaire proces.</li> </ul>
<p><b>Sociale omgeving *</b></p>
<p><b>Organisatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elke behandelaar bespreekt de ROM-uitkomsten met de cliënt ten behoeve van het evalueren en eventueel bijstellen van de behandeling.</li> <li>• ROM (het meten en het geven van feedback) is gekoppeld aan belangrijke evaluatie-/beslismomenten in het behandel- en begeleidingsproces (bv. behandelplan, behandeloverleg, eindgesprek).</li> <li>• ROM-gegevens worden teruggekoppeld aan teams van behandelaars om van te leren. Met de ROM-gegevens wordt bv. inzicht verkregen in de kenmerken van de groep cliënten die instroomt (op team-of zorgpadniveau) en hun mate van herstel.</li> <li>• ROM-uitkomsten worden gebruikt in teamoverleg over voortgang, plannen, bijstelling en/of beëindiging behandeling (trajectplanbespreking).</li> <li>• Behandelaars worden getraind in het gebruik en de interpretatie van de ROM-feedback. Daarbij is ook aandacht voor hoe om te gaan met ROM-uitkomsten die erop wijzen dat een cliënt niet vooruitgaat.</li> <li>• De kwaliteit en het gebruik van het ROM-systeem ten behoeve van het primaire proces wordt gemonitord en zo nodig bijgesteld.</li> <li>• Er bestaat goede samenwerking tussen cliënt, behandelaar en administratie met betrekking tot het gebruik van het ROM-systeem ten behoeve van het primaire proces.</li> <li>• De cliënt heeft toegang tot/ontvangt zijn/haar ROM-uitkomsten op een laagdrempelige wijze (bv. via cliëntportalen).</li> </ul>
<p><b>Maatschappij</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ROM ten behoeve van het primaire proces staat los van benchmarking.</li> </ul>

\* Geen van de 4 items op het niveau van sociale omgeving werd gemiddeld genomen met een 3,5 of hoger gewaardeerd.

In Figuur 2.2 is de verdeling van de kenmerken per niveau voor de verschillende stappen in het selectieproces nog eens grafisch weergegeven: stap 1 (literatuuranalyse), stap 2

(categoriseren en indikken), stap 3 (omschrijvingen van kenmerken en aanvullingen door de begeleidingscommissie) en stap 4 (prioritering). Van stap 1 tot stap 4 is er sprake van een relatieve toename van het aantal kenmerken op individueel niveau. Na prioritering hebben de meeste hoofdkenmerken betrekking op het individuele niveau (n=9; 43% van de oorspronkelijke 21) en het organisatieniveau (n=8; 19% van de oorspronkelijke 43). Hieruit kan de voorzichtige conclusie worden getrokken dat een succesvolle implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces zich vooral laat beschrijven door het samenspel tussen cliënt en behandelaar en de wijze waarop dit in de werkprocessen georganiseerd wordt. Op ROM-systeem niveau (n=5; 25% van de oorspronkelijke 20) en maatschappelijk niveau (n=1; 50% van de oorspronkelijke 2) is het aantal hoofdkenmerken wat kleiner. Voor het niveau van de sociale omgeving is geen enkel item (van de oorspronkelijke 4) geprioriteerd als hoofdkenmerk.

**Figuur 2.2** Verdeling items naar implementatieniveau in de verschillende onderzoeksfasen



## 2.2 Van conceptversie tot definitieve versie: uitgebreide beschrijving van de uitgevoerde stappen

### 2.2.1 Inleiding

#### *Een enquête voor behandelaars*

In het oorspronkelijke werkplan was uitgegaan van het uitzetten van de enquête onder een bredere groep dan alleen behandelaren. Gedacht werd aan andere personen die vanuit hun perspectief zicht hebben op de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk in hun organisatie, zoals ROM-

projectleiders, managers en hoofden van behandelprogramma's/-teams en ICT-specialisten. Ook was het idee om de enquête aan cliënten voor te leggen. Vanwege pragmatische redenen (het korte tijdsbestek waarin de enquête moest worden ontwikkeld en landelijk moest worden uitgezet) en vanwege het advies van de begeleidingscommissie om in elk geval behandelaars (zijnde de primaire gebruikers van ROM) te bevragen voor het bepalen van de implementatiegraad, werd besloten alleen een enquête te ontwikkelen voor behandelaars. Het perspectief en de ervaringen van de andere bovengenoemde betrokkenen zullen worden meegenomen in de tweede fase van het onderzoek, een serie semigestructureerde interviews bij 10 á 15 praktijksituaties in GGZ-instellingen en vrijgevestigde praktijken, die worden geselecteerd op basis van (positief) uitspringende enquêteresultaten.

#### *Andere uitgangspunten enquête*

De enquête is primair bedoeld voor het bepalen van een landelijk representatief beeld van de mate van implementatie van ROM ten ondersteuning van het primaire proces. Het zorgdomein is hierbij de primaire eenheid van onderzoek. De verwachting is namelijk dat er verschillen tussen zorgdomeinen bestaan wat betreft de implementatiegraad van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument. Er worden zes zorgdomeinen onderscheiden:

- Kinder- en Jeugd psychiatrie.
- Volwassenen psychiatrie kortdurend.
- Volwassenen psychiatrie langdurend.
- Ouderenpsychiatrie.
- Verslavingszorg kortdurend.
- Verslavingszorg langdurend.

Een ander uitgangspunt bij de ontwikkeling van de enquête was dat het een beknopte, in enkele minuten in te vullen digitale enquête moest worden, via internet af te nemen en gebaseerd op de 23 geprioriteerde items. De enquête moest van toepassing zijn op alle behandelaars, ongeacht welke cliëntengroep of -groepen zij bedienen (de zorgdomeinen) en ongeacht in welk type GGZ-instelling (inclusief verslavingszorginstellingen) of vrijgevestigde praktijk zij werken.

#### *Van conceptversie tot definitieve versie: stappen in de ontwikkeling*

Bij de ontwikkeling van de enquête zijn de volgende stappen uitgevoerd:

1. Operationalisatie van de 23 geprioriteerde kenmerken in de vorm van stellingen met een vijfpunts Likertschaal als antwoordcategorieën.
2. Ontwikkeling van andere onderdelen van de enquête: introductietekst, achtergrondinformatie en achtergrondvragen over de behandelaar, zoals beroep.

3. Herzieningen van eerste versies op basis van interne rondes.
4. Voorleggen van de conceptversies van de enquêtes aan de begeleidingscommissie en verwerking van het commentaar.
5. Digitalisering van de enquêtes.
6. Pretesten onder behandelaars en verwerking van het commentaar.
7. Definitieve versies van de enquêtes.

In de paragrafen hieronder wordt ingegaan op deze stappen.

### 2.2.2 Aansluiten bij geprioriteerde items

Bij de operationalisatie van de vragen is zo dicht mogelijk aangesloten bij de formuleringen van de 23 kenmerken die zijn geprioriteerd door de ROM-experts die de begeleidingscommissie van dit onderzoek vormen. Alle vragen werden geformuleerd vanuit het perspectief van de behandelaar. Bijvoorbeeld het kenmerk 'De behandelaar koppelt de ROM-uitkomsten terug aan de cliënt gedurende de behandeling' werd geoperationaliseerd als 'Gedurende de behandeling koppel ik de ROM-uitkomsten terug aan mijn cliënten'. Verder werd gekozen voor het formuleren van stellingen, die moesten worden beantwoord op een vijfpunts Likertschaal, lopend van 'helemaal eens' tot 'helemaal oneens'. Reden hiervoor was de verwachting dat een vraagstelling met bijvoorbeeld 'ja-nee' antwoorden geen goed beeld van het gebruik zou geven. Het zou namelijk impliceren dat in het bovenstaande voorbeeld de behandelaar aan *alle* cliënten de ROM-uitkomsten zou moeten bespreken om deze vraag met 'ja' te kunnen beantwoorden. Door een vijfpunts schaal te gebruiken, wordt de behandelaar in de gelegenheid gesteld om aan te geven in welke mate hij of zij de uitkomsten terugkoppelt, bijvoorbeeld alleen aan een deel van de cliënten.

	Helemaal eens	Een beetje eens	Niet eens, niet oneens	Een beetje oneens	Helemaal oneens
<b>Gedurende de behandeling koppel ik de ROM-uitkomsten terug aan mijn cliënten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2.2.3 Eerste opzet van de enquête

De 23 stellingen zijn in de enquête geordend volgens de niveaus die Grol & Wensing (2011) bij de implementatie van een nieuwe werkwijze aangehouden<sup>5,6</sup>:

- Individu: 9 stellingen
- Organisatie: 8 stellingen
- Systeem: 5 stellingen
- Maatschappij: 1 stelling

De eerste versies van de enquête werden in interne rondes besproken en aangepast (formulering van stellingen, volgorde van vraagstelling, instructie voor het invullen, e.d.). In eerste instantie werd geprobeerd om een enquête te maken die geschikt is voor alle typen behandelaars, zowel behandelaars werkzaam in instellingen als vrijgevestigden. In de praktijk bleek dit echter niet haalbaar. De 23 stellingen zijn alle van toepassing op behandelaars die bij zorginstellingen werken, maar een deel van de stellingen op het niveau van de organisatie is niet van toepassing op vrijgevestigden, vooral de vrijgevestigden die een eenpersoonspraktijk voeren. Besloten werd om voor de vrijgevestigden twee eigen versies van de enquête te maken, één voor zelfstandig gevestigde behandelaren die met collega's een groepspraktijk vormen (22 stellingen) en één voor zelfstandig gevestigde behandelaren die een eenpersoonspraktijk voeren (16 stellingen). Aan de stellingen werd verder een aantal vragen toegevoegd om zicht te krijgen op kenmerken van de invuller, zoals geslacht, beroep en doelgroep waarop men zich richt.

Behalve de concept enquête werden een introductietekst en een tekst met achtergrondinformatie opgesteld. In de introductietekst in de mail naar de behandelaar wordt beknopt aangegeven wat het doel van de enquête is, hoe de mogelijke respondenten zijn geselecteerd, hoe met de privacy wordt omgegaan en welke tijdsinvestering wordt verlangd. In deze introductiemail kan naar de achtergrondinformatie worden doorgelinkt. De achtergrondinformatie is opgenomen in Bijlage A5. De uiteindelijke introductieteksten bij de versies van de enquête zijn opgenomen in Bijlagen A6 en A7.

---

<sup>5</sup> Zie het document: 'De selectie van items voor de ontwikkeling van een enquête ten behoeve van onderzoek naar de toepassing van ROM in de klinische praktijk'.

<sup>6</sup> Grol en Wensing onderscheiden vijf niveaus. Voor het vijfde niveau (sociale omgeving) werd bij de prioritering echter geen enkel kenmerk geselecteerd.



#### 2.2.4 Commentaarronde begeleidingscommissie

De concept enquêtes zijn voorgelegd aan de begeleidingscommissie, samen met een introductietekst en de achtergrondinformatie over het onderzoek. Een deel van de commentaren van de begeleidingscommissie was tekstueel van aard, zowel bij de introductietekst en achtergrondinformatie als bij de stellingen. Deze commentaren werden zo veel mogelijk overgenomen. Ook aanvullingen in de tekst werden overgenomen, zoals het toevoegen van extra categorieën bij de vraag naar beroepsgroepen. Andere commentaren waren meer inhoudelijk van aard:

- Het bleek niet voor alle leden van de commissie duidelijk te zijn dat de enquête alleen gericht is op behandelaren, en dat het management en cliënten in deze fase niet worden bevraagd. Het betrekken van management en cliënten zal, zoals eerder toegelicht, in fase 2 van het onderzoek aan de orde komen. Suggesties van deze aard zijn derhalve niet overgenomen.
- Een deel van de commissie had commentaar op de introductietekst waaruit niet helemaal duidelijk werd wat de exacte doelstelling van de enquête is (het verkrijgen van een landelijk beeld van de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van het primaire proces). Om dit duidelijker te maken, is de introductietekst aangepast.
- Diverse leden wezen er op dat een aantal stellingen een dubbele vraag bevat. Dat geldt bijvoorbeeld voor:
  - *Ik ben getraind in het gebruik en de interpretatie van ROM-scores en de terugkoppeling ervan aan cliënten. Hierbij was ook aandacht voor hoe om te gaan met ROM-scores die erop wijzen dat een cliënt niet vooruitgaat.*
  - *De output vanuit mijn ROM-systeem is eenvoudig en aantrekkelijk vormgegeven.*
  - *Mijn cliënten krijgen vanuit mijn ROM-systeem begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling van hun ROM-scores.*

Om zo veel mogelijk aan te sluiten bij de formuleringen van de geprioriteerde kenmerken, werd besloten de stellingen vooralsnog niet op te splitsen en eerst de ervaringen in de kwalitatieve pretest onder behandelaars af te wachten (zie paragraaf 3).

- Ook werd aangegeven dat sommige stellingen op elkaar lijken, met name:
  - *Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan op basis van de ROM-scores, en*
  - *Ik gebruik de ROM-scores om samen met mijn cliënten tussentijds de behandeling bij te stellen.*

Om dezelfde reden als bij de stellingen met een dubbele vraagstelling werd besloten deze vragen vooralsnog te handhaven.

- De enige vraagstelling op het niveau van de 'maatschappij' werd door een aantal leden van de commissie niet informatief geacht:
  - *Op mijn afdeling interfereert het gebruik van ROM voor benchmarking niet met het gebruik van ROM voor het primaire proces.*

Er werd onder meer opgemerkt dat deze vraag in dit kader niet gaat over de mate waarin een behandelaar ROM gebruikt in het primair proces. Verder was onduidelijk wat je met de informatie kan doen als blijkt dat er interferentie plaatsvindt. Hoewel de relatie tussen het gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk en het gebruik van ROM ten behoeve van externe benchmarking een belangrijk onderwerp is, is dit lastig in een stelling te vatten die duidelijke informatie oplevert. De interpretatie is ook niet eenduidig: is interfereren positief of negatief voor de implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire zorgproces (of misschien wel beide)? Besloten is daarom deze stelling te schrappen.

- Andere opmerkingen betroffen de wijze waarop de resultaten worden gepresenteerd (zoals op geaggregeerd niveau, en niet herleidbaar naar individuele personen), het bewaken van de privacy van de behandelaars, en hoe de terugkoppeling naar de instellingen en individuele behandelaren plaatsvindt. De teksten hieromtrent zijn verduidelijkt en aangevuld.
- Door de commissie werd voorgesteld om aan het einde van de enquête een open tekstveld toe te voegen waar respondenten eventuele vragen of opmerkingen kwijt kunnen. Deze suggestie werd in deze fase niet overgenomen, vooral om de enquête kort te houden en omdat verwacht werd dat de analyse van de open tekstvelden weinig extra informatie zou opleveren voor het doel van fase 1.
- Uit de antwoorden van de commissieleden over de relevantie van sommige stellingen voor de vrijgevestigden bleek dat er eerder sprake is van drie dan van twee groepen vrijgevestigden. Naast behandelaars met een solopraktijk zijn er vrijgevestigden met een eigen praktijk, die zelfstandig werken, maar wel met andere vrijgevestigden faciliteiten delen (bv. een gebouw of een gemeenschappelijk secretariaat). Daarnaast zijn er vrijgevestigden die met collega's of andere disciplines inhoudelijk samenwerken in een gezamenlijke bedrijfsvoering. Voor alle drie groepen vrijgevestigden zijn verschillende stellingen van toepassing. Dit betekent dat er drie versies van de enquête voor vrijgevestigden werden gemaakt.

### **2.2.5 Digitaliseren enquête en de pretest**

De aangepaste versies van de enquêtes zijn door de afdeling Interview & Datamanagement (IDM) van het Trimbos-instituut gedigitaliseerd en uitgetest.

Vervolgens is aan een groep behandelaren (N=6) uit verschillende disciplines gevraagd deze digitale versie uit te proberen en te becommentariëren. In het algemeen waren de reacties positief. Men had niet veel opmerkingen op de tekst en ook het invullen van de enquête duurde niet lang, maximaal vijf minuten. Opmerkingen waren:

- De uitnodiging en achtergrondinformatie werden op detailopmerkingen na (“zou wat korter kunnen”, “lay-out aanpassen”) helder gevonden.
- Op de vraag of de behandelaar wordt uitgenodigd om deel te nemen, verschilden de meningen. Uitnodigend was de beloofde invulduur van maximaal vijf minuten en het belang voor het werkproces, maar het was de vraag of behandelaren zouden responderen. Als redenen hiervoor werden genoemd: de drukke agenda, weerstand tegen ROM, en twijfel over de meerwaarde van ROM. Verder zouden veel behandelaren niet responderen, omdat zij nog niet met ROM werken. Dit laatste zou kunnen worden opgevangen door een voorvraag op te nemen naar de mate waarin ROM wordt gebruikt in de dagelijkse zorgpraktijk. Als dit nooit gebeurt, zou een open vraag kunnen worden opgenomen met de reden waarom men ROM nog niet toepast.
- Opmerkingen over formuleringen in de uitnodiging werden overgenomen.
- Twee pretesters vonden de stelling over de training in het gebruik van ROM niet helder:
  - *Behandelaars van mijn team zijn/worden getraind in het gebruik en de interpretatie van ROM-scores en de terugkoppeling ervan aan cliënten. Hierbij is ook aandacht voor hoe om te gaan met ROM-scores die erop wijzen dat een cliënt niet vooruitgaat.*

Als je in het ene wel getraind bent, maar in het andere niet, is het lastig de vraag te beantwoorden. Besloten is deze vraag toch te handhaven, omdat dit de geprioriteerde stelling was en de antwoordmogelijkheden voldoende ruimte geven voor nuance.

- Een pretester vond – net als sommige leden van de begeleidingscommissie - de volgende vragen te veel op elkaar lijken:
  - *Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan op basis van de ROM-scores, en*
  - *Ik gebruik de ROM-scores om samen met mijn cliënten tussentijds de behandeling bij te stellen*

In de uiteindelijke versies zijn de formuleringen van deze vragen aangepast, om een groter onderscheid te krijgen.

- Een pretester gaf aan dat in de stelling over de enquêtes de termen ‘valide’ en ‘betrouwbaar’ onderzoekstermen zijn en veel behandelaren niet zouden begrijpen

wat daarmee bedoeld wordt. In de definitieve enquête is hiervoor een korte uitleg opgenomen.

### 2.2.6 De definitieve enquête

Op grond van alle commentaren werden de definitieve versies van de enquête opgesteld. Andere aanpassingen betroffen de toevoeging van enkele extra vragen:

- Een voorvraag in de enquête voor vrijgevestigden naar het soort praktijk dat zij voeren (solo, gedeelde faciliteiten met andere vrijgevestigden, of een groepspraktijk). Deze voorvraag bepaalt welke versie van de enquête wordt voorgezet.
- Een extra vraag over het echelon waarin men werkt (voornamelijk generalistische basis ggz, voornamelijk gespecialiseerde ggz, of een mengvorm).
- Een vraag naar feitelijk cliëntcontact. Niet elke vrijgevestigde ziet cliënten, bijvoorbeeld ingeval van een managementfunctie.
- Een vraag naar de mate waarin een behandelaar ROM gebruikt in de dagelijkse zorgpraktijk (nooit – soms – regelmatig – vaak – altijd).
- In het geval dat een behandelaar nooit ROM gebruikt, een vraag naar de reden waarom niet.
- Een open vraag met de gelegenheid tot opmerkingen op de enquête<sup>7</sup>.

De papieren versies van de definitieve enquêtes met aanwijzingen voor de route door de vragen zijn opgenomen in Bijlagen A6 en A7. Als een respondent aangeeft nooit ROM te gebruiken en/of geen feitelijk cliëntcontact te hebben, wordt deze gevraagd wel de vragen over achtergrondkenmerken en de relevante open vragen in te vullen.

In Tabel 2.4 is weergegeven hoe de geprioriteerde kenmerken uiteindelijk zijn geoperationaliseerd in stellingen. Het betreft hier de 22 stellingen uit de versie voor instellingen. Sommige termen zijn in de versies voor de vrijgevestigden iets anders geformuleerd, bijvoorbeeld 'groepspraktijk' in plaats van 'team'. In de tabel is ook aangegeven in welke versie welke stellingen zijn opgenomen:

Inst= instellingen (N=22)

V1= vrijgevestigden groepspraktijk (N=22)

V2= vrijgevestigden met gedeelde faciliteiten (N=17)

V3= vrijgevestigde met solopraktijk (N=16)

---

<sup>7</sup> De toevoeging van een open vraag was al door de begeleidingscommissie voorgesteld. Deze suggestie werd niet overgenomen, om de enquête kort te houden en omdat verwacht werd dat de analyse van de open tekstvelden weinig extra informatie zou geven, maar wel veel analysetijd zou kosten. Op grond van de pretest werd alsnog besloten een open afsluitende vraag op te nemen.

**Tabel 2.4** Vragen in definitieve enquêtes versus geprioriteerde kenmerken

<b>Stelling</b>	<b>Kenmerk</b>	<b>Inst</b>	<b>V1</b>	<b>V2</b>	<b>V3</b>
1. ROM is voor mij belangrijk en nuttig als aanvulling op mijn eigen klinisch oordeel	<b>Individu</b> De behandelaar erkent het belang en het nut van ROM voor het primaire proces (als aanvulling op eigen klinisch oordeel)	X	X	X	X
2. Ik informeer mijn cliënten vooraf over het doel en nut van ROM voor hun behandeling	Cliënten worden vooraf geïnformeerd over het doel en nut van ROM voor het primaire proces	X	X	X	X
3. Ik heb voldoende kennis om de ROM-scores te kunnen interpreteren	De behandelaar heeft voldoende kennis om de ROM-uitkomsten te kunnen interpreteren	X	X	X	X
4. Ik gebruik de ROM-scores om het beloop van de behandeling van mijn cliënten te evalueren	ROM-uitkomsten worden door de behandelaar gebruikt om het beloop van de behandeling te evalueren	X	X	X	X
5. Gedurende de behandeling koppel ik de ROM-scores terug aan mijn cliënten	De behandelaar koppelt de ROM-uitkomsten terug aan de cliënt gedurende de behandeling	X	X	X	X
6. Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan met de behandeling, mede op basis van de ROM-scores (doorgaan, wijzigen of afronden)	Behandelaar en cliënt bepalen gezamenlijk hoe verder te gaan op basis van de ROM-uitkomsten	X	X	X	X
7. Ik gebruik de ROM-scores om samen met mijn cliënten tussentijds de behandeling bij te stellen	ROM-uitkomsten worden door de behandelaar én cliënt gebruikt om tussentijds de behandeling aan te passen	X	X	X	X
8. Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal of multidisciplinair overleg over het behandeltraject van mijn cliënten	ROM-uitkomsten worden gebruikt in intercollegiaal overleg	X	X	X	X
9. Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn over het gebruik van ROM voor het regelmatig evalueren van hun behandeling en de bijstelling daarvan	Cliënten zijn tevreden over het gebruik van ROM voor het regelmatig evalueren van hun behandeling en de bijstelling daarvan	X	X	X	X

<b>Stelling</b>	<b>Kenmerk</b>	<b>Inst</b>	<b>V1</b>	<b>V2</b>	<b>V3</b>
10. Behandelaren van mijn team zijn/worden getraind in het gebruik en de interpretatie van ROM-scores en de terugkoppeling ervan aan cliënten. Hierbij is ook aandacht voor hoe om te gaan met ROM-scores die erop wijzen dat een cliënt niet vooruitgaat	<b>Organisatie</b> Behandelaren worden getraind in het gebruik en de interpretatie van de ROM-feedback. Daarbij is ook aandacht voor hoe om te gaan met ROM-uitkomsten die erop wijzen dat een cliënt niet vooruitgaat	X	X	X	X
11. Behandelaren van mijn team bespreken de ROM-scores met hun cliënten voor het evalueren en eventueel bijstellen van hun behandeling	Elke behandelaar bespreekt de ROM-uitkomsten met de cliënt ten behoeve van het evalueren en eventueel bijstellen van de behandeling	X	X		
12. Onze cliënten hebben een laagdrempelige toegang tot hun ROM-scores (bv. via een papieren uitdraai of via een cliëntportaal)	De cliënt heeft toegang tot/ontvangt zijn/haar ROM-uitkomsten op een laagdrempelige wijze (bv. via cliëntportalen)	X	X	X	X
13. Het afnemen van de ROM-vragenlijsten en het terugkoppelen van de scores aan cliënten gebeurt in mijn team op belangrijke evaluatie-/beslismomenten gedurende de behandeling (bv. behandelplanbespreking)	ROM (het meten en het geven van feedback) is gekoppeld aan belangrijke evaluatie-/beslismomenten in het behandel- en begeleidingsproces (bv. behandelplan, behandeloverleg, eindgesprek)	X	X		
14. ROM-scores worden in onze teamoverleggen gebruikt om het beloop van de behandeling van cliënten te bespreken en deze eventueel bij te stellen	ROM-uitkomsten worden gebruikt in teamoverleg over voortgang, plannen, bijstelling en/of beëindiging behandeling (trajectplanbespreking)	X	X		
15. Behandelaren van mijn team werken goed samen met de administratie en de cliënten bij het afnemen van de ROM-vragenlijsten en de terugkoppeling van de scores	Er bestaat goede samenwerking tussen cliënt, behandelaar en administratie met betrekking tot het gebruik van het ROM-systeem ten behoeve van het primaire proces	X	X	X	
16. ROM-scores worden aan ons team teruggekoppeld om van te leren (bv. om zicht te krijgen op de kenmerken van de cliënten en hun mate van herstel)	ROM-gegevens worden teruggekoppeld aan teams van behandelaren om van te leren. Met de ROM-gegevens wordt bv. inzicht verkregen in de kenmerken van de groep cliënten die instroomt (op team-of zorgpadniveau) en hun mate van herstel	X	X		
17. De kwaliteit van het ROM-systeem en het gebruik van ROM voor het primaire proces wordt door ons management bewaakt	De kwaliteit en het gebruik van het ROM-systeem ten behoeve van het primaire proces wordt gemonitord en zo nodig bijgesteld	X	X		

<b>Stelling</b>	<b>Kenmerk</b>	<b>Inst</b>	<b>V1</b>	<b>V2</b>	<b>V3</b>
18. De vragenlijsten in ons ROM-systeem zijn valide (ze meten ze wat ze zouden moeten meten) en betrouwbaar (ze geven bij herhaalde afname onder dezelfde omstandigheden eenzelfde score)	<b>Stysteem</b> De gebruikte meetinstrumenten zijn valide, betrouwbaar en gevoelig voor verandering	X	X	X	X
19. De vragenlijsten in ons ROM-systeem zijn geschikt voor het meten van verandering bij de cliëntgroep(en) waar ik het meest mee werk	Gebruik van meetinstrumenten die geschikt zijn voor het meten van verandering bij specifieke cliëntgroepen (geschikt om de juiste domeinen van herstel te meten)	X	X	X	X
20. De vragenlijsten in ons ROM-systeem zijn geschikt voor het opstellen en evalueren van behandelplannen van mijn cliënten	De gebruikte meetinstrumenten zijn bruikbaar bij het opstellen en evalueren van individuele behandelplannen	X	X	X	X
21. De output vanuit ons ROM-systeem is eenvoudig en aantrekkelijk vormgegeven	De vormgeving van de ROM-feedback is eenvoudig, aantrekkelijk en begrijpelijk (bv. grafisch)	X	X	X	X
22. Onze cliënten krijgen vanuit ons ROM-systeem begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling van hun ROM-scores	De cliënt krijgt begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling van ROM-uitkomsten	X	X	X	X
-----	<b>Maatschappij</b> ROM ten behoeve van het primaire proces staat los van benchmarking				





### **3 Procedure steekproeftrekkingen van behandelaren werkzaam bij GGZ-instellingen en van vrijgevestigde behandelaren**

Het doel van de enquête is om een landelijk representatief beeld te verkrijgen van de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk. Hiervoor wordt de enquête uitgezet onder zowel behandelaars werkzaam bij GGZ-instellingen als vrijgevestigde behandelaars. Voor beide groepen zijn verschillende steekproeven getrokken, waarvan de methode beschreven staat in respectievelijk paragraaf 3.1 en paragraaf 3.2.

#### **3.1 Procedure steekproeftrekking behandelaren werkzaam bij GGZ-instellingen**

##### **3.1.1 Stratificatie**

Bij het trekken van de steekproef wordt uitgegaan van een gestratificeerde steekproef, met de volgende strata:

- Zorgdomein.
- Type aanbieder.
- Omvang.

Daarbij is het uitgangspunt om, op basis van een verwachte respons van 40%, per zorgdomein een landelijk representatieve en voldoende nauwkeurige schatting te kunnen maken van de implementatiegraad van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk.

##### ***Zorgdomein***

Er is in de GGZ sprake van verschillende doelgroepen, of zorgdomeinen, waarvoor (zeker binnen de grote instellingen) aparte afdelingen of vestigingen bestaan met eigen behandeldoelen en behandeltrajecten. Denk hierbij aan kinder- en jeugdpsychiatrie, volwassenenpsychiatrie, verslavingszorg en ouderenpsychiatrie. Verwacht wordt dat er tussen deze domeinen verschillen zijn in de mate waarin ROM wordt toegepast ten behoeve van het primaire proces. Voor het uitzetten van deze enquête wordt uitgegaan van zes zorgdomeinen, gebaseerd op de indeling van de Stichting Benchmark GGZ (SBG):

- Kinder- en Jeugd.
- Volwassenen Kort; curatieve zorg door middel van kort(er)durende ambulante of klinische behandeling.

- Volwassenen Lang; verblijfpsychiatrie, beschermd wonen, langdurende ambulante begeleiding (care).
- Ouderen; gerontopsychiatrie en psychogeriatric.
- Verslavingszorg Kort; curatieve zorg door middel van kort(er)durende ambulante of klinische behandeling.
- Verslavingszorg Lang; verblijf, beschermd wonen, langdurende ambulante begeleiding (care).

De forensische psychiatrie is niet meegenomen.

### ***Type aanbieder***

Het zorgdomein vormt de eerst stap van de stratificatie. De tweede stap is het per zorgdomein vaststellen welke typen instellingen behandeling of begeleiding binnen dit zorgdomein leveren. Er worden negen typen zorgaanbieders onderscheiden:

- Geïntegreerde GGZ-instelling.
- Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG).
- Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ).
- Psychiatrische UniversiteitsKliniek (PUK).
- Instelling voor ambulante GGZ .
- Kinder- en jeugdinstelling.
- Gespecialiseerde instelling, gericht op een specifieke doelgroep patiënten (niet zijnde kinderen & jeugd).
- Verslavingszorginstelling.
- Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW).

### ***Omvang***

De derde stap in de stratificatie betreft een indeling naar omvang. Er is een grote variëteit in de omvang van GGZ-aanbieders. Enerzijds de zeer grote geïntegreerde instellingen die zorg in (vrijwel) alle zorgdomeinen bieden en een aanzienlijk deel van de behandelingen verzorgen, anderzijds kleine (gespecialiseerde) instellingen die meestal ambulante zorg leveren.

#### **3.1.2 Keuze voor instellingen**

Uit praktische overwegingen is voor het selecteren van instellingen gebruik gemaakt van het adressenbestand van de Stichting Benchmark GGZ (SBG). Dit bestand omvat GGZ-aanbieders die met SBG een contract hebben afgesloten, of hiermee bezig zijn, voor het aanleveren van ROM-gegevens. Het overgrote deel van alle GGZ-instellingen in Nederland is inmiddels in het databestand van SBG opgenomen. Het bestand van SBG werd op 17 juli 2014 ontvangen en bevatte 317 instellingen. In het bestand was aan de

meeste instellingen een type en omvang toegewezen. Het bestand bevatte echter vrijwel geen informatie over de bediende zorgdomein(en). Dit bestand werd gecontroleerd en daar waar nodig aangevuld op type, omvang en zorgdomein.

### ***Procedure van toewijzen aan zorgdomeinen***

Voor alle 317 instellingen is nagegaan welke doelgroepen/zorgdomeinen zij bedienen. Deze informatie werd gehaald van de websites van deze instellingen. In 12 gevallen was het niet mogelijk informatie te achterhalen, omdat de instelling geen website heeft. Deze instellingen werden geëxcludeerd.

### ***Procedure van toewijzen aan typen***

Bij de verzameling van gegevens vanaf het internet bleek dat er in 62 gevallen twijfel ontstond of een instelling in het steekproefbestand moest worden opgenomen. Op grond van deze twijfels werden nog eens 31 instellingen geëxcludeerd:

- Geen sprake van aanbieders gericht op 'pure' GGZ-problematiek, maar bijvoorbeeld van psychische of psychosociale ondersteuning bij somatische ziekten, zoals kanker of gehoorproblemen, van verstandelijk gehandicapten, of van ARBO diensten (N=20).
- De instelling bestond niet meer door faillissement of door overname (N=5).
- De instellingen stond dubbel in het bestand (N=2).
- De instelling betrof een vrijgevestigde psychologenpraktijk, die daarmee tot de steekproef vrijgevestigden zou behoren. (N=4).

Bij de overige twijfelgevallen was het eveneens onduidelijk of het een GGZ-instelling betrof of een vrijgevestigde psychologenpraktijk (N=31). Uit de beschikbare gegevens was echter niet duidelijk op te maken tot welk type de aanbieder behoorde. Deze twijfelgevallen werden vooralsnog behouden. Voor deze instellingen zou verdere navraag worden gedaan bij SBG. Er resteerden hiermee 274 instellingen in het bestand.

### ***Het bepalen van de omvang van instellingen***

Voor een representatieve afspiegeling van een te trekken steekproef is een goede schatting van de variatie in grootte noodzakelijk. Van SBG werd een indeling in omvang van een instelling verkregen in termen van het aantal afgesloten DBC's op jaarbasis. Het gebruik van het aantal afgesloten DBC's alleen is echter niet altijd een afdoende schatter van de grootte van een instelling. Bijvoorbeeld een RIBW zal weinig afgesloten DBC's hebben, omdat vrijwel alle zorg onder de AWBZ valt. Een grote RIBW met veel bewoners en veel personeelsleden zal dan in de categorie 'klein' vallen. Iets dergelijks geldt voor instellingen die relatief langdurende curatieve behandelingen bieden. Ondanks een grote 'productie' in behandelcontacten zullen deze instellingen op basis van het aantal

afgesloten DBC's eerder in de categorie 'klein' terechtkomen. Hierbij moet verder worden opgemerkt dat 84 instellingen door SBG alleen konden worden ingedeeld op basis van een globale inschatting en niet op basis van aantal afgesloten DBC's.

Om deze vormen van mogelijke bias (ten minste wat het bepalen van een steekproef betreft) te corrigeren voorkomen, is voor van elk van de instellingen geprobeerd het exacte aantal DBC's, het aantal patiëntgebonden fte's, het aantal behandelde patiënten, en de jaarlijkse omzet in Euro's te achterhalen. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de openbare gegevens uit het DigiMV bestand.

Het bleek dat niet voor alle instellingen deze gegevens voorhanden waren. Van een groot aantal instellingen was geen enkele informatie beschikbaar, van andere instellingen alleen een deel. Besloten werd een selectie van instellingen te maken op basis van de beschikbare gegevens.

### ***Selectie op basis van omvang van instellingen***

Voor de selectie werden de volgende exclusiecriteria gehanteerd:

#### *Geen informatie beschikbaar*

In totaal 104 aanbieders werden geëxcludeerd, omdat er in het DigiMV geen enkele informatie werd gevonden over het aantal DBC's, het aantal fte's, het aantal patiënten en de omvang van het jaarlijkse budget. Op basis van de indelingsinformatie van SBG betrof het in alle gevallen een kleine aanbieder, dat wil zeggen een aanbieder met een productie van minder dan 2.000 DBC's op jaarbasis. Daarnaast kon uit de namen van de aanbieders en de informatie op hun websites worden afgeleid dat het doorgaans ging om kleine groepspraktijken of kleinschalige GGZ-instellingen. Onder deze 104 gevallen zaten bijvoorbeeld 29 van de 31 twijfelgevallen die bij de indeling in typen aanbieder vooralsnog behouden waren.

#### *Te kleine aanbieders*

Van de overgebleven instellingen bleek een aantal (zeer) klein te zijn, bijvoorbeeld minder dan vijf fte, en/of een omzet van minder dan € 200.000 per jaar. Omdat voor de enquête meerdere behandelaars per instelling moeten worden bevroegd om een goed beeld te krijgen, werd besloten een ondergrens in te stellen, op basis van omzet, aantal fte en aantal DBC's. Echter, van een deel van de instellingen waren niet voor alle drie variabelen gegevens in het DigiMV beschikbaar. Op ad hoc basis werd besloten instellingen te excluderen:

- Instellingen met een jaarlijkse omzet van minder dan één miljoen Euro.
- Indien geen omzet bekend, instellingen met minder dan 10 fte patiëntgebonden medewerkers.

- Indien geen omzet én geen fte's bekend, instellingen met minder dan 1.000 DBC's op jaarbasis.

Op basis van deze getrapte selectie resteerden 144 instellingen.

### **3.1.3 Indeling in vier categorieën naar omvang**

De 144 instellingen werden, in eerste instantie weer op basis van de jaarlijkse omzet, ingedeeld in vier categorieën. Er werd gekozen voor kwartielscores, waardoor elke categorie evenveel instellingen omvatte:

- Groot (> 56,7 miljoen).
- Middelgroot (> 9,8 miljoen - ≤ 56,7 miljoen).
- Middelklein (> 3,7 miljoen - ≤ 9,8 miljoen).
- Klein (≤ 3,7 miljoen).

In 25 gevallen was de omzet niet bekend. Deze instellingen werden in een categorie ingedeeld op basis van de drie andere variabelen (fte, DBC en aantal patiënten). Hierbij werd onder meer gekeken naar vergelijkbare andere instellingen waarvan wel omzetcijfers bekend zijn. Bijvoorbeeld van een aantal PAAZ-afdelingen is wel het aantal fte's en DBC's en aantal patiënten bekend. Op basis van deze cijfers werd ingeschat in welke categorie PAAZ-afdelingen zonder bekende omzetgegevens het beste passen. Op deze wijze konden alle instellingen in een omvangcategorie worden ingedeeld. Sommige instellingen vallen overigens onder meerdere zorgdomeinen zoals de geïntegreerde GGZ-instellingen die zorg bieden voor ten minste vier van de zes zorgdomeinen (Kinderen en Jeugd, Volwassenen lang, Volwassenen kort en Ouderen).

### **3.1.4 Verdere stratificatie: verdeling budgetten per zorgdomein**

In de vorige paragraaf is een indeling gemaakt naar de omzetten van de instellingen. Voor een representatieve steekproef per zorgdomein moeten de aantallen te benaderen behandelaars in elke categorie representatief zijn voor de omvang, de gemiddelde omzet van alle instellingen in elke categorie. Als een categorie bijvoorbeeld gemiddeld 30% van de totale omzet in een zorgdomein vertegenwoordigt, moet de steekproef ook voor 30% uit deze categorie worden getrokken.

Voor een berekening van een representatieve steekproef is een indeling op basis van de totale omzet van een instelling niet geschikt. Het budget van de geïntegreerde instellingen, de Riaggs en een deel van de verslavingszorginstellingen wordt verdeeld over meerdere zorgdomeinen. Voor de steekproef is het daarom nodig om uit te gaan van het budget dat in elk zorgdomein wordt besteed. Zou dat niet het geval zijn, dan zouden deze instellingen oververtegenwoordigd zijn in de steekproef. De DigiMV

gegevens zijn echter alleen beschikbaar voor de totale omzet van een instelling. Voor een verdeling over de zorgdomeinen moet daarom een schatting worden gemaakt. Voor deze schatting is gebruik gemaakt van het Sectorrapport van GGZ Nederland over het jaar 2009. Daarin is de landelijke verdeling van de budgetten van de geïntegreerde GGZ-afdelingen over de zorgdomeinen aangegeven. Voor de steekproef is aangenomen dat deze verdeling ook voor de geïntegreerde instellingen in het databestand geldt. In Tabel 3.1 is deze schatting voor geïntegreerde GGZ-instellingen weergegeven.

**Tabel 3.1** Schatting van de verdeling van budgetten van geïntegreerde GGZ-instellingen op basis van de landelijke verdeling (Sectorrapport GGZ Nederland), in miljoenen Euro's

	<i>%-age budget sectorrapport</i>	<i>Verdeling over zorgdomeinen grote instelling</i>	<i>Verdeling over zorgdomeinen middelgrote instelling</i>
Circuit Jeugd	14.9%	514	10
Volwassenen kort	64.2%	2215	40
Volwassenen lang	11.3%	390	7
Ouderen	9.6%	331	6
Totaal	100%	3450	63

De verdeling van budgetten over Verslavingszorg kort en Verslavingszorg lang zijn niet bekend. Wel blijkt uit het Sectorrapport van GGZ Nederland dat in circa 25-30% van de gevallen sprake is van een behandelduur van langer dan één jaar. Voor het bepalen van de steekproef is hierdoor geschat dat 75% van het budget aan Verslavingszorg kort en 25% aan Verslavingszorg lang wordt besteed (Tabel 3.2).

**Tabel 3.2** Schatting van de verdeling over budgetten van VZ-instellingen op basis van de landelijke verdeling (Sectorrapport GGZ Nederland), in miljoenen Euro's

	<i>%-age budget sectorrapport</i>	<i>Verdeling over zorgdomeinen grote instelling</i>	<i>Verdeling over zorgdomein middelgrote instelling</i>
Verslavingszorg kort	75.0%	292	40
Verslavingszorg lang	25.0%	98	14
Totaal	100%	390	54

Ook over de verdeling van budgetten per zorgdomein van de Riaggs zijn geen cijfers bekend. Volgens het Sectorrapport van GGZ Nederland zijn de verhoudingen tussen de zorgdomeinen bij de Riagg vergelijkbaar met de geïntegreerde instellingen, maar is er geen sprake van verblijf in het circuit Volwassenen lang. Voor de Riaggs is daarom een grove schatting gemaakt (Tabel 3.3).

**Tabel 3.3** Schatting van de verdeling van budgetten van Riaggs op basis van de landelijke verdeling (Sectorrapport GGZ Nederland), in miljoenen Euro's

	<i>%-age budget sectorrapport</i>	<i>Verdeling over zorgdomeinen grote instelling</i>
Circuit Jeugd	20.0%	16
Volwassenen kort	60.0%	48
Volwassenen lang	10.0%	8
Ouderen	10.0%	8
Totaal	100%	80

Op basis van deze schattingen op grond van het landelijk budget is de percentuele verdeling van de steekproef berekend. Dit betekent dat de steekproef zo wordt getrokken dat per zorgdomein de aantallen te benaderen behandelaars per categorie een afspiegeling zijn van de totale bestede budgetten per categorie. Bij de berekening bleek dat het aandeel kleine instellingen zeer gering is, soms minder dan één procent. Daarop werd besloten de categorieën 'middelklein' en 'klein' samen te nemen tot één categorie 'klein'. Dit leidde tot de verdeling weergegeven in Tabel 3.4.

**Tabel 3.4** Percentuele verdeling van te benaderen behandelaren op basis van het gemiddelde totale jaarlijkse budget per zorgdomein en per categorie (in miljoenen Euro's)

		<b>Zorgdomein (n = 6)</b>					
		<b>Kinderen en jeugd</b>	<b>Volw. kort</b>	<b>Volw. lang</b>	<b>Ouderen gerontop./ psychoger.</b>	<b>Versl. kort</b>	<b>Versl. lang</b>
<b>O m v a n g</b>	<b>G</b>	TOT: 514 <b>46.4%</b>	TOT: 2215 <b>78.4%</b>	TOT: 473 <b>86.9%</b>	TOT: 331 <b>85.7%</b>	TOT: 292 <b>83.4%</b>	TOT: 98 <b>87.5%</b>
	<b>MG</b>	TOT: 441 <b>39.8%</b>	TOT: 389 <b>13.7%</b>	TOT: 65 <b>12.0%</b>	TOT: 55 <b>14.3%</b>	TOT: 40 <b>11.4%</b>	TOT: 14 <b>12.5%</b>
	<b>K</b>	TOT: 153 <b>13.8%</b>	TOT: 222 <b>7.9%</b>	TOT: 6 <b>1.1%</b>		TOT: 18 <b>5.2%</b>	

Uit de tabel blijkt dat, met uitzondering van Kinderen en Jeugd, de grote instellingen het merendeel van de behandelingen voor hun rekening nemen. De kleine instellingen verzorgen – op basis van budget – de minste behandelingen. Dat betekent dat voor het onderzoek de meeste behandelaren bij de grote(re) instellingen moeten worden geworven. Het percentage 'klein' voor het zorgdomein Volwassen lang is vrijwel te verwaarlozen, terwijl bij Ouderen en Verslavingszorg lang geen enkele kleine(re)

instelling is aangetroffen (de gearceerde cellen). Voor deze cellen wordt daarom besloten geen steekproef te trekken. De twee kleine(re) instellingen van Volwassenen lang zijn bij de middelgrote instellingen gevoegd.

### **3.1.5 De steekproeftrekking per zorgdomein**

Voor het bepalen van de totale omvang van de steekproeven is uitgegaan van een poweranalyse en een aantal voorwaarden/aannamen:

- Alle typen aanbieders per zorgdomein moeten vertegenwoordigd zijn.
- Alle typen zorgaanbieder per omvangcategorie binnen een zorgdomein moeten vertegenwoordigd zijn.
- De typen zorgaanbieders per omvangcategorie binnen een zorgdomein moeten evenredig vertegenwoordigd zijn.
- Elke type instelling per omvangcategorie binnen een zorgdomein moet ten minste één keer in de steekproef voorkomen.
- Per geselecteerde zorgaanbieder moeten minimaal vijf behandelaren in de steekproef worden opgenomen.
- Er moet rekening gehouden worden met het feit dat niet alle cellen per zorgdomein even goed zijn gevuld wat betreft typen en aantallen zorgaanbieders.
- De verwachte respons is 40%.

Op basis van deze voorwaarden/aannamen werd voor de zorgdomeinen Kinder- en Jeugd en Volwassenen kort een gewenste steekproefgrootte van 800 behandelaren vastgesteld. Voor de overige zorgdomeinen kon worden volstaan met 500 behandelaren per zorgdomein. Voor een evenredige verdeling naar omvang kon voor de zorgdomeinen Kinderen en jeugd, Volwassen kort en Volwassen lang ongeveer 40% van elke type instelling in de steekproef worden opgenomen. De instellingen die meerdere zorgdomeinen bestrijken, zijn daarbij voor al deze zorgdomeinen geselecteerd. Bijvoorbeeld van de 25 grote geïntegreerde GGZ-instellingen zijn er tien geselecteerd, die dan alle tien voor vier zorgdomeinen worden benaderd. In het geval van kleine aantallen van één type instelling (1 á 2) is sprake van een lichte oversampling, omdat elke type instelling ten minste één keer per zorgdomein in de steekproef moest voorkomen. Gezien het grote aantal instellingen in de categorie 'klein' dat zorg biedt in het zorgdomein Volwassenen kort, was de 40% regel niet haalbaar. Dit zou leiden tot te kleine aantallen te benaderen behandelaren per instelling. Besloten werd in deze categorie iets te oversampelen, zodanig dat tenminste vier behandelaren per instelling kunnen worden benaderd<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Het gewenste minimum van vijf behandelaren per instelling wordt niet gehaald. Wanneer alsnog gekozen wordt voor minimaal vijf behandelaren per instelling, zou een steekproef van 850 moeten worden genomen, een oversampling van 47 (110 i.p.v. 63) in categorie 'klein' (75%).



Op basis van deze verdeling is vervolgens voor elk van de zorgdomeinen per omvangcategorie een aselechte steekproef per type instellingen getrokken. Bij Verslavingszorg kort en lang is er in alle categorieën sprake van kleine aantallen instellingen, die bovendien vaak beide zorgdomeinen te bestrijken. Besloten werd om hier geen aselechte steekproef te trekken, maar alle verslavingszorginstellingen in de steekproef op te nemen.

Al met al leidde dit tot de steekproef weergegeven in Tabel 3.5. In de tabel is weergegeven hoeveel instellingen per type voor de steekproef zijn getrokken, rekening houdend met de percentuele verdeling over de drie categorieën. Per categorie is vervolgens weergegeven hoeveel behandelaren per instelling moeten worden benaderd. Voor de grote instellingen variëren de aantallen tussen 37 en 63 per zorgdomein. Bij de grote verslavingszorginstellingen ligt dit boven de 80, ondanks een kleinere totale steekproef. Dit is het gevolg van het feit dat er weinig verslavingszorginstellingen in de database voorkomen. Het minimum is vier behandelaren per instelling bij de kleine instellingen die zorg bieden in het domein Volwassenen kort (dankzij de lichte oversampling).

In totaal zijn 67 instellingen voor de steekproef geselecteerd, waarvan een deel meerdere zorgdomeinen bedient.



### 3.1.6 Procedure steekproeftrekking

Voor de steekproeftrekking zijn de ROM-coördinatoren van de instellingen door SBG benaderd met de vraag of het Trimbos-instituut met hen contact mocht opnemen. Deze coördinatoren werden vervolgens per email benaderd, met daarin informatie over het onderzoek, de duur van het invullen (ongeveer vijf minuten), wat deelname concreet inhoudt, en welke opties er zijn voor het uitzetten van de enquête. Er werd uitgelegd dat er een steekproef moest worden gehouden onder een representatieve steekproef van behandelaars die per email worden benaderd, met daarin een unieke inlogcode voor het online invullen van de enquête. Dit betrof:

- Hulpverleners met een betaalde betrekking (geen stagiairs).
- Hulpverleners met direct patiëntcontact.
- Psychiaters (ook in opleiding).
- Andere artsen.
- Psychologen (alle typen).
- Orthopedagogen.
- Verpleegkundigen (alle typen).

Voor de steekproeftrekking werden twee opties voorgesteld:

#### *Optie 1*

De contactpersoon verstrekt de afdeling Interview- en Datamanagement (IDM) van het Trimbos-instituut een lijst met mailadressen van alle hulpverleners, gesorteerd op zorgdomein. Vervolgens trekt IDM daaruit aselect het benodigde aantal hulpverleners en stuurt iedereen een uitnodiging om de enquête in te vullen. Na een week en na twee weken worden herinneringsmails gestuurd.

Als voordeel werd aangegeven dat deze optie voor de instellingen het minst bewerkelijk is en dat de steekproef anoniem blijft voor de instelling. Als een eventueel nadeel werd aangegeven dat de instelling mailadressen van medewerkers aan een derde partij overdraagt, hoewel het Trimbos-instituut hiervoor een privacy protocol hanteert.

#### *Optie 2*

In het geval dat de instelling mailadressen van medewerkers niet mag verstrekken, trekt de contactpersoon zelf per zorgdomein een aselecte steekproef van medewerkers (volgens een instructie van IDM, ook over verzending en herinneringen). Aangegeven werd dat het voordeel van deze optie is dat er geen mailadressen naar buiten gaan, maar dat dit wel meer werk voor de instelling betekent en behandelaars het gevoel kunnen hebben dat de enquête minder anoniem is.

## 3.2 Procedure steekproeftrekking vrijgevestigde behandelaren

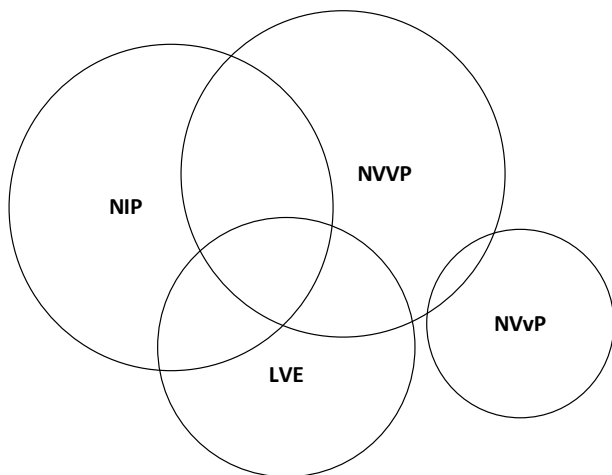
### 3.2.1 Beroepsverenigingen

Voor het benaderen van de vrijgevestigde GGZ-behandelaren is gebruik gemaakt van de medewerking van vier beroepsverenigingen:

- NVVP: Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten. De NVVP behartigt de belangen van de vrijgevestigde GZ-psychologen, psychotherapeuten en klinisch (neuro)psychologen bij de overheid en zorgverzekeraars. De NVVP heeft 1650 leden.
- NVvP: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). De NVvP is de wetenschappelijke beroepsvereniging van psychiaters. Ruim 3.500 psychiaters (al dan niet in opleiding) zijn lid.
- NIP: Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de beroepsvereniging van psychologen in Nederland met ruim 13.000 leden. De vereniging behartigt de belangen van haar leden en biedt hen een platform voor het uitwisselen van kennis.
- LVE: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, de vereniging voor psychologen in de eerste lijn, met circa 800 leden. De LVE behartigt de belangen van de leden bij de overheid en zorgverzekeraars.

Op basis van een eerste telefonische verkenning bij deze beroepsverenigingen, blijkt dat er overlap in de ledenbestanden bestaat. Deze is in Figuur 3.1 schematisch weergegeven. Wanneer uit ieder van de vier ledenbestanden een onafhankelijke steekproef wordt getrokken, bestaat er daarmee een kans dat een vrijgevestigde behandelaar in meer dan één steekproef zal voorkomen. Vanwege deze overlap is in de uitnodiging voor de vrijgevestigde behandelaren benadrukt dat ze, in geval ze lid zijn van meer beroepsverenigingen, het voor kan komen dat zij meer dan eenmaal worden uitgenodigd voor de enquête. In dat geval hoeven zij alleen de eerst binnengekomen uitnodiging van een beroepsvereniging te beantwoorden. Bovendien is in de enquête voor de vrijgevestigde behandelaren een vraag opgenomen naar de lidmaatschap van de vier beroepsverenigingen, zodat de overlap tussen de ledenbestanden beter kan worden ingeschat.

**Figuur 3.1**      Inschatting overlap tussen de beroepsverenigingen voor vrijgevestigden behandelaren in de GGZ



### 3.2.2 Steekproefkader

Uitgangspunten bij het bepalen van de steekproefgrootte voor de groep vrijgevestigde behandelaren waren een respons van 40%, landelijk representativiteit naar beroep en organisatievorm, en een voldoende betrouwbare schatting van de implementatiegraad van de totale populatie vrijgevestigde behandelaren. Op basis hiervan én in lijn met de steekproef bij instellingen werd besloten uit ieder ledenbestand 40% van hun selectie van vrijgevestigde behandelaren te trekken.

In overleg met de verenigingen is bepaald of alle leden kunnen worden aangemerkt als vrijgevestigde behandelaren in de GGZ. Daarbij zijn er meer organisatievormen mogelijk: sommigen werken solo, sommigen werken met meer vrijgevestigde behandelaren op één locatie en sommigen werken in een groepspraktijk. Sommigen werken naast hun eigen praktijk ook nog in een instelling. De leden van de NVVP en de LVE zijn per definitie allen vrijgevestigd. Voor de NVvP is eerst een selectie gemaakt van de afdeling vrijgevestigde psychiaters en voor het NIP is een eerste selectie gemaakt van de zelfstandig gevestigde NIP-leden en vervolgens is hieruit een tweede selectie gemaakt van de leden van één of meer van de volgende secties: GGZ, verslavingszorg, sectie ouderenzorg en Jeugdzorg. In geval van dubbelen werd vervolgens ont dubbeld.

De uitnodiging voor de enquête wordt gepersonaliseerd per e-mail verstuurd. Voor de steekproeftrekking moet daarom eerst het e-mail bestand worden geschoond. In het LVE-bestand blijken verschillende leden bijvoorbeeld hetzelfde (praktijk) emailadres te hebben; deze adressen zijn ont dubbeld. Leden zonder emailadres zijn geëxcludeerd. Het NIP heeft ook de leden geëxcludeerd die hebben aangegeven dat zij geen mailings willen ontvangen. Gepensioneerden (N=75 bij NVvP) zijn geïnccludeerd, omdat daaronder ook

leden zijn met patiëntcontacten. De pensioenstatus is wel bekend, zodat de respons eventueel apart kan worden geanalyseerd.

Uiteindelijk heeft dit geleid tot het volgende steekproefkader (Tabel 3.6):

**Tabel 3.6** Steekproefkader

	<i><b>NVVP</b></i>	<i><b>NVvP</b></i>	<i><b>NIP</b></i>	<i><b>LVE</b></i>	<i><b>Totaal</b></i>
Aantal geïncludeerde leden	1681	359	2193	658	4891
Steekproeffractie 40%	672	145	877	263	1957
Verwachte respons 40%	269	58	351	105	783

### **3.2.3 Steekproeftrekking**

De NVvP en het NIP versturen zelf de uitnodigingen, waarbij het NIP ook zelf een aselechte steekproef trekt op aanwijzing van het Trimbos-instituut. De LVE en de NVVP laten de uitnodigingen door het Trimbos-instituut versturen. De afdeling IDM (Interview- en Datamanagement) van het Trimbos-instituut trekt daarbij de aselechte steekproeven.

## **4 Toegepaste methode voor het inventariseren van praktijksituaties in GGZ-instellingen en vrijgevestigde praktijken**

### **4.1 Selectie van praktijksituaties**

Het doel is het beschrijven van praktijksituaties in instellingen en vrijgevestigde praktijken waar ROM relatief goed geïmplementeerd is ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk, zowel vanuit het behandelaarsperspectief als vanuit het cliëntperspectief, en het inventariseren van de lessen die hieruit kunnen worden geleerd.

Selectie van praktijksituaties gebeurt op geleide van positief uitspringende resultaten op de enquête. Wat betreft instellingen wordt er naar gestreefd om tenminste zes praktijksituaties in kaart te brengen; één per zorgdomein (er zijn er zes: Kinderen en jeugd, Volwassenen kort, Volwassenen lang, Ouderen, Verslaving kort en Verslaving lang). Wat betreft vrijgevestigden is ook het streven is om circa zes praktijksituaties in kaart te brengen, variërend qua type praktijk en professionele achtergrond van de behandelaar.

### **4.2 Dataverzameling: semigestructureerde interviews**

Om de doelstelling te bereiken worden semigestructureerde interviews gehouden met behandelaren en cliënten. In geval van de praktijksituaties bij instellingen worden – indien zinvol en mogelijk – aanvullend de ROM-/kwaliteitscoördinator of een (team)manager geïnterviewd. In overleg met de begeleidingscommissie zijn interviewtopics vastgesteld.

Hoofdvragen van de interviews zijn:

- Hoe wordt ROM gebruikt ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk, en wat zijn de ervaringen hiermee?
- Hoe is men op het punt gekomen waar men nu is ten aanzien van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument? Welke hobbels is men tegengekomen en hoe zijn deze overwonnen?
- Wat zijn verdere ontwikkelingen voor de toekomst ten aanzien van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument?
- Welke tips kunnen gegeven worden aan andere instellingen c.q. vrijgevestigde praktijken?

De accenten van de interviews varieerden afhankelijk van de persoon die is geïnterviewd (behandelaar, cliënt(vertegenwoordiger), (team)manager of ROM-/kwaliteitscoördinator). Voor elke praktijksituatie bij instellingen wordt gestreefd interviews (duur: 30-45 minuten) te houden met:

- 1) Twee behandelaren die ROM gebruiken in hun dagelijkse zorgpraktijk. Voor zover mogelijk worden behandelaren met verschillende functie of opleiding geselecteerd.
- 2) Twee cliënten die ervaring hebben met het invullen van ROM-vragenlijsten. Voor zover mogelijk wordt een cliënt geïnterviewd die nog in behandeling is en een cliënt wiens behandeling al afgesloten is (in verband met reflectie).
- 3) Indien zinvol en mogelijk wordt aanvullend een interview gehouden met de ROM-/kwaliteitscoördinator en/of een (team)manager.

De selectie van de te interviewen personen gebeurt door de ROM-/kwaliteitscoördinator van de instelling.

Voor elke praktijksituatie bij vrijgevestigden wordt gestreefd interviews te houden met:

- 1) De vrijgevestigde behandelaar.
- 2) Twee cliënten die ervaring hebben met het invullen van ROM-vragenlijsten. Voor zover mogelijk zijn dit cliënten met een uiteenlopende opvatting over het ROMmen ('ROM verliep zonder problemen' versus 'ROM verliep moeizaam'). De cliënten worden door de vrijgevestigde behandelaar gevraagd om deel te nemen.

Geïnterviewde personen ontvangen een financiële vergoeding.

### ***Dataverwerking en –analyse***

Alle interviews worden opgenomen op audiomateriaal (mits na toestemming van de geïnterviewde) en uitgewerkt door de interviewer.

De interviewverslagen worden geanalyseerd om een beeld te krijgen van de ROM-systemen in de praktijksituaties, hoe behandelaren en cliënten ROM gebruiken ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk en hun ervaringen hiermee, en welke verbeterpunten zij aangeven om ROM beter te implementeren als klinisch ondersteuningsinstrument.



# **Achtergrondrapport deel B**

## **Resultaten van enquêtes onder behandelaren van instellingen en onder vrijgevestigde behandelaren**

Auteurs: Bob van Wijngaarden en Jasper Nuijen



# Inhoudsopgave

## 1. Inleiding

- 1.1 Aanleiding, doel en methode
- 1.2 Voorliggende rapport: beschrijving van de uitkomsten van de enquête

## 2. Uitkomsten onder behandelaren werkzaam bij instellingen

- 2.1 Inleiding
- 2.2 Wijze van uitzetten enquête en respons
- 2.3 Achtergrondkenmerken respondenten
- 2.4 Voorvraag: mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk
- 2.5 Mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces: scores op de stellingen
- 2.6 Mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces: schaalscores en totaalscore
- 2.7 Hangt de mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk samen met de schaalscores en de totaalscore?
- 2.8 Welke achtergrondkenmerken van de behandelaren hangen samen met de schaalscores en de totaalscore?
- 2.9 Variatie in schaalscores tussen en binnen omvangcategorieën van instellingen
- 2.10 De open slotvraag

## 3. Uitkomsten onder vrijgevestigde behandelaren

- 3.1 Inleiding
- 3.2 Wijze van uitzetten enquêtes en respons
- 3.3 Uitkomsten onder vrijgevestigden met een solopraktijk (al dan niet met gedeelde faciliteiten)
- 3.4 Uitkomsten onder vrijgevestigden in een groepspraktijk open slotvraag

**Bijlage B1** Beoogde steekproef behandelaren werkzaam bij GGZ-instellingen

**Bijlage B2** Factoranalyse behandelaren werkzaam bij GGZ-instellingen

**Bijlage B3** Factoranalyse vrijgevestigde behandelaren werkzaam in solopraktijken

**Bijlage B4** Factoranalyse vrijgevestigde behandelaren werkzaam in groepspraktijken



# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding, doel en methode

Routine Outcome Monitoring (ROM) is de afgelopen jaren breed ingevoerd in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).<sup>9</sup> De nadruk is daarbij komen te liggen op het verzamelen van ROM-gegevens voor het genereren van vergelijkings- en verantwoordingsinformatie. Er is verhoudingsgewijs minder aandacht besteed aan de primaire functie van ROM: het bieden van ondersteuning aan behandelaren en cliënten bij het verbeteren van individuele behandeltrajecten. Daarom heeft het ministerie van VWS het Trimbos-instituut opdracht gegeven onderzoek uit te voeren met een tweeledig doel:

- 3) Het inventariseren van de mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk, zowel bij instellingen als bij vrijgevestigde praktijken.
- 4) Het beschrijven van praktijksituaties in instellingen en vrijgevestigde praktijken ROM relatief goed geïmplementeerd is in de dagelijkse zorgpraktijk, zowel vanuit het behandelaarsperspectief als vanuit het cliëntperspectief, en het inventariseren van de lessen die hieruit kunnen worden geleerd.

De eerste doelstelling is bereikt via het uitzetten van enquêtes onder (zoveel mogelijk) landelijk representatieve steekproeven van behandelaren werkzaam bij instellingen en van vrijgevestigde behandelaren. Voor de tweede doelstelling zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met behandelaren, cliënten(vertegenwoordigers), (team)managers en ROM-/kwaliteitscoördinatoren bij praktijksituaties in instellingen en vrijgevestigde praktijken. De praktijksituaties zijn geselecteerd op geleide van positief uitspringende resultaten op de enquête.

## 1.2 Achtergrondrapport deel B: beschrijving van de uitkomsten van de enquête

De hoofdbevindingen van de enquêtes onder behandelaren en van de interviews bij de praktijksituaties worden beschreven en geduid in het Kernrapport.<sup>10</sup> In dit deel van het achtergrondrapport wordt gedetailleerd ingegaan op de uitkomsten van de enquêtes.

---

<sup>9</sup> Inclusief verslavingszorg.

<sup>10</sup> *Implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk in de GGZ. Een landelijke meting van de implementatiegraad en een verdieping aan de hand van praktijksituaties.*

### ***Hoe zag de enquête eruit?***

De enquête is in de eerste onderzoekfase ontwikkeld en bestaat uit achtereenvolgens:

- Een voorvraag naar de mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk, met vijf antwoordcategorieën lopend van 'nooit' tot 'altijd'. Als men op deze vraag aangaf ROM nooit te gebruiken volgde een open vraag naar de reden(en) hiervoor.
- Stellingen over de mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk. De stellingen hebben vijf antwoordcategorieën, lopend van 'helemaal oneens' (score 1) tot 'helemaal eens' (score 5). De stellingen gaan over het gebruik van ROM als ondersteuningsinstrument voor het primaire proces (inclusief het gebruik in intercollegiaal overleg of teamverband), maar ook over randvoorwaarden voor het gebruik en de houding ten aanzien van ROM.
- Vragen naar achtergrondkenmerken van behandelaren, waaronder de cliëntgroepen waarmee men het meest werkt, de setting waarin men werkt, beroep, leeftijd en geslacht.
- Een afsluitende open vraag voor opmerkingen naar aanleiding van de enquête.

Er zijn vier versies van de enquête gemaakt, die verschillen qua aantal stellingen:

- Een versie voor behandelaren werkzaam bij instellingen (22 stellingen).
- Een versie voor vrijgevestigde behandelaren werkzaam in een groepspraktijk, ofwel een praktijk waarin inhoudelijk wordt samengewerkt met collega's of andere disciplines in een gezamenlijke bedrijfsvoering (22 stellingen).
- Een versie voor vrijgevestigde behandelaren die faciliteiten delen met anderen (17 stellingen).
- Een versie voor vrijgevestigde behandelaren met een solopraktijk (16 stellingen).

De twee laatstgenoemde versies omvatten minder stellingen omdat bijvoorbeeld vragen naar het gebruik van ROM in teamverband en de rol van het management niet relevant zijn voor solopraktijken (al dan niet met gedeelde faciliteiten). De vier versies van de enquête zijn te vinden in Bijlagen A6 en A7. In Deel A van het Achtergrondrapport worden de verschillende 'stappen' dit gemaakt zijn om te komen tot deze vier versies uitgebreid beschreven.

### ***Opbouw van het rapport***

Hoofdstuk 2 gaat in op de uitkomsten van de enquête onder behandelaren werkzaam bij instellingen. In Hoofdstuk 3 worden de bevindingen onder vrijgevestigde behandelaren beschreven. In de Bijlagen is extra informatie te vinden.

## 2 Uitkomsten onder behandelaren werkzaam bij instellingen

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de online enquête onder behandelaren werkzaam bij GGZ-instellingen gepresenteerd. Eerst wordt ingegaan op de wijze van uitzetten van de enquête en de respons (paragraaf 2.2). Vervolgens worden de achtergrondkenmerken van de respondenten beschreven, zoals leeftijd, geslacht en beroep, en het echelon waarin men werkt (paragraaf 2.3). In de daaropvolgende paragrafen (2.4 t/m 2.10) worden de uitkomsten van de enquête besproken. Dit gebeurt eerst apart voor vijf zorgdomeinen (Kinderen en jeugd; Volwassenen kort; Volwassenen Lang; Ouderen en Verslaving), waarna vervolgens wordt ingegaan op (mogelijke) verschillen tussen zorgdomeinen.

### 2.2 Wijze van uitzetten enquête en respons

#### 2.2.1 Uitzetten van de steekproef onder behandelaren werkzaam bij instellingen

##### *Procedure steekproeftrekking*<sup>11</sup>

Het doel van de enquête is om een zoveel mogelijk landelijk representatief beeld te verkrijgen van het gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk door behandelaars werkzaam bij GGZ-instellingen. Hiervoor is medio juli 2014 een gestratificeerde steekproef uitgevoerd uitgaande van een 'basisbestand' van instellingen die met Stichting Benchmark GGZ (SBG) een contract hebben afgesloten voor het aanleveren van ROM-gegevens, of daarmee bezig zijn (N=317).

De steekproef kende drie strata:

1. *Zorgdomein*. Er werden zes zorgdomeinen onderscheiden: Kinderen en jeugd, Volwassenen kort, Volwassenen lang, Ouderen, Verslaving kort en Verslaving lang.
2. *Omvang* van de instelling, waarbij een uitsplitsing werd gemaakt naar klein, middelgroot en groot.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Zie voor een uitgebreide beschrijving: *Implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk in de GGZ. Achtergrondrapport A: Toegepaste onderzoeksmethoden.*

<sup>12</sup> Uitgedrukt in termen van budget, aantal afgesloten DBC's op jaarbasis, aantal fte's patiëntgebonden medewerkers en/of aantal patiënten op jaarbasis.

3. *Type* instelling. Er worden negen typen instellingen onderscheiden, die soms op meerdere zorgdomeinen actief kunnen zijn:

- Geïntegreerde GGZ-instelling.
- Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG).
- Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ).
- Psychiatrische UniversiteitsKliniek (PUK).
- Instelling voor ambulante GGZ.
- Kinder- en jeugdinstelling.
- Gespecialiseerde instelling, gericht op een specifieke doelgroep cliënten (niet zijnde Kinderen en jeugd).
- Verslavingszorginstelling.
- Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW).

Op basis van deze strata zijn de instellingen van het SBG 'basisbestand' ingedeeld naar zorgdomein, type en omvang. Hiervoor werden websites van de instellingen en de gegevens uit het openbare DigiMv bestand 2012 geraadpleegd. Bij deze indeling werden 173 instellingen geëxcludeerd vanwege verschillende redenen: instellingen zonder website (N=12); instellingen die niet gericht waren op 'pure' GGZ-problematiek, instellingen die dubbel in het bestand stonden, of omdat er sprake was van een vrijgevestigde psychologenpraktijk (N=31); instellingen zonder gegevens in de DigiMv (N=104)<sup>13</sup>; en instellingen die klein van omvang waren (N=26).<sup>14</sup>

Voor alle zorgdomeinen, uitgezonderd Verslaving kort en Verslaving lang, is uit de resterende 144 instellingen een steekproef getrokken waarin behandelaren van alle typen instellingen per omvangcategorie naar rato zijn vertegenwoordigd. Hierbij kon worden volstaan met een selectie van 67 instellingen, waarbij de instellingen die meerdere zorgdomeinen bestrijken (bv. een geïntegreerde GGZ-instelling), voor al deze zorgdomeinen werden meegenomen. De uiteindelijk beoogde steekproeven van te benaderen behandelaars per zorgdomein en per instelling zijn te vinden in Bijlage B1. Een uitzondering is gemaakt voor de zorgdomeinen Verslaving kort en Verslaving lang, waarvoor in alle omvangcategorieën sprake is van kleine aantallen instellingen, die bovendien vaak beide zorgdomeinen bestrijken. Besloten werd daarom om voor deze twee zorgdomeinen geen selectie van instellingen te maken, maar alle verslavingszorginstellingen op te nemen in de selectie van 67 instellingen.

---

<sup>13</sup> Dit betrof in alle gevallen kleine aanbieders met minder dan 2.000 DBC's op jaarbasis.

<sup>14</sup> Een omzet <1 miljoen Euro, minder dan 10 fte patiëntgebonden medewerkers en/of minder dan 1.000 DBC's op jaarbasis.



### ***Verloop werving en respons***

De werving van de geselecteerde instellingen startte begin augustus 2014 en verliep via de ROM-coördinatoren van de betreffende instellingen. Hoewel het vanwege de vakantieperiode soms lang duurde voordat er contact was gelegd, waren de meeste ROM-coördinatoren enthousiast om deel te nemen. Echter, het duurde geregeld lang voordat er door de leiding van een instelling al dan niet een definitief akkoord werd gegeven voor deelname aan de enquête. Lopende het wervingsproces ervoeren verscheidene instellingen niet de ruimte om deel te nemen, voornamelijk omdat zij te maken hebben met organisatieveranderingen, bezuinigingen en/of een hoge productiedruk en daardoor hun hulpverleners niet willen belasten met een enquête, of de benodigde (onbetaalde) tijd hiervoor niet willen vrijmaken. Sommige instellingen gaven aan druk doende te zijn om ROM beter te verankeren in het primaire proces, en daardoor een enquête hierover te verwarrend te vinden voor hun hulpverleners.

Via het benaderen van nieuw geselecteerde instellingen is geprobeerd te compenseren voor de instellingen die niet ingingen op de uitnodiging tot deelname. Uiteindelijk zijn in totaal 86 instellingen benaderd voor deelname aan het onderzoek (de werving stopte begin december). Daarvan hebben 44 instellingen met deelname ingestemd, en 42 instellingen hebben geweigerd.

Bij elke instelling is een aselechte steekproef van behandelaren getrokken voor de zorgdomeinen die bediend worden door de instelling. Gefocust werd op de volgende typen hulpverleners:

- Psychiaters (al dan niet in opleiding).
- Andere artsen (al dan niet in opleiding).
- Psychotherapeuten.
- Psychologen (alle typen).
- Verpleegkundigen (alle typen).
- Orthopedagogen.

De steekproeftrekking en het versturen van de uitnodigingen voor de enquête per mail verliep bij bijna driekwart (72,7%) van de instellingen via de afdeling IDM (Interview- en Datamanagement) van het Trimbos-instituut; de rest van de instellingen voerde dit zelf uit.

In totaal zijn 2.295 hulpverleners benaderd, waarvan 843 (36,7%) de enquête hebben ingevuld. Tabel 2.1 geeft per zorgdomein, en daarbinnen per omvangcategorie, een overzicht van het aantal benaderde behandelaren en de behaalde respons. Bij de opzet van het onderzoek was uitgegaan van responspercentages van 40%. Dit is ruim behaald voor het zorgdomein Kinderen en jeugd (45%) en nagenoeg voor het zorgdomein Volwassenen kort (39%); het responspercentage ligt voor de andere drie zorgdomeinen

rond de 30%. Per zorgdomein variëren de responspercentages van de deelnemende instellingen (niet in tabel gepresenteerd). Het aantal instellingen dat een responspercentage lager dan 20% heeft is respectievelijk drie (voor het zorgdomein Kinderen en jeugd en het zorgdomein Volwassenen kort), één (voor het zorgdomein Volwassenen lang), twee (voor het zorgdomein Ouderen) en drie (voor het zorgdomein Verslaving).

Vergeleken met de oorspronkelijk beoogde steekproeven (zie Bijlage B1) kan het volgende worden opgemerkt:

- Bij sommige instellingen zijn minder behandelaren dan verondersteld werkzaam, waardoor de enquête bij deze instellingen onder minder behandelaren dan beoogd kon worden uitgezet. Dit varieerde van in totaal 22 hulpverleners voor het zorgdomein Volwassenen kort tot in totaal 114 hulpverleners voor het zorgdomein Kinderen en jeugd.
- Hoewel de absolute aantallen respondenten een stuk lager liggen dan beoogd, is de beoogde verdeling van respondenten over de drie omvangcategorieën (grote, middelgrote en kleine instellingen) wel gerealiseerd voor het zorgdomein Kinderen en jeugd en het zorgdomein Volwassenen kort.
- Dit geldt in iets mindere mate voor het zorgdomein Volwassenen lang en het zorgdomein Ouderen: behandelaren die werkzaam zijn bij grote, geïntegreerde instellingen zijn wat oververtegenwoordigd onder de respondenten voor deze twee zorgdomeinen.
- De werving van de beoogde vijf grote en twee middelgrote verslavingszorginstellingen verliep moeizaam; uiteindelijk hebben slechts twee grote instellingen deelgenomen. Om hiervoor te compenseren zijn drie geïntegreerde GGZ-instellingen met een eigen afdeling voor verslavingszorg gevraagd de enquête uit te zetten onder een steekproef van behandelaren. Desondanks zijn de aantallen respondenten voor de zorgdomeinen Verslaving kort en Verslaving lang betrekkelijk laag. Om betekenisvolle analyses te kunnen uitvoeren is er daarom voor gekozen de twee groepen respondenten tezamen te nemen en geen onderscheid meer te maken tussen kortdurende en langdurende verslavingszorg. Vooral behandelaren werkzaam bij middelgrote verslavingszorginstellingen zijn ondervertegenwoordigd onder de respondenten voor dit 'algemene' zorgdomein Verslaving.

**Tabel 2.1** Aantal deelnemende typen instellingen, aantal benaderde behandelaren en behaalde respons, uitgesplitst naar zorgdomein en omvangcategorie

		Zorgdomein				
		Kinderen en Jeugd	Volwassenen kort	Volwassenen lang	Ouderen	Verslaving
<b>Omvang</b>	<b>G</b>	Geint. GGZ (N=8)  <i>Verstuurd:</i> N= 257 <i>Respons:</i> N= 106 (41,3%)	Geint. GGZ (N=9) <sup>1</sup>  <i>Verstuurd</i> N= 558 <i>Respons:</i> N= 215 (38,5%)	Geint. GGZ (N=8) RIBW (N=1)  <i>Verstuurd:</i> N= 324 <i>Respons:</i> N= 107 (33,0%)	Geint. GGZ (N=8)  <i>Verstuurd:</i> N= 343 <i>Respons:</i> N= 99 (28,9%)	VZ (N=2) Geint. GGZ (N=3) <sup>2</sup>  <i>Verstuurd:</i> N= 416 <i>Respons:</i> N= 119 (28,6%)
	<b>MG</b>	Amb. GGZ (N=2) K&J (N=2) RIAGG (N=1) Spec (N=1)  <i>Verstuurd:</i> N= 177 <i>Respons:</i> N= 92 (52,0%)	PAAZ (N=1) Amb. GGZ (N=3) RIAGG (N=1) Spec (N=1) PUK (N=2)  <i>Verstuurd:</i> N= 80 <i>Respons:</i> N= 31 (38,8%)	RIAGG (N=1)  <i>Verstuurd:</i> N= 12 <i>Respons:</i> N= 4 (33,3%)	RIAGG (N=1)  <i>Verstuurd:</i> N= 8 <i>Respons:</i> N= 6 (75,0%)	
	<b>K</b>	Amb. GGZ (N=4) K&J (N=3)  <i>Verstuurd:</i> N= 51 <i>Respons:</i> N= 25 (49,0%)	PAAZ (N=7) Amb. GGZ (N=6)  <i>Verstuurd:</i> N= 53 <i>Respons:</i> N= 26 (49,1%)			VZ (N=4) <sup>3</sup>  <i>Verstuurd:</i> N= 20 <i>Respons:</i> N= 13 (65,0%)
<b>Verstuurd</b>		<b>493</b>	<b>695</b>	<b>336</b>	<b>351</b>	<b>436</b>
<b>Respons</b>		<b>223</b>	<b>272</b>	<b>111</b>	<b>105</b>	<b>132</b>
<b>%</b>		<b>45,2%</b>	<b>39,1%</b>	<b>33,0%</b>	<b>29,9%</b>	<b>30,3%</b>

G: Groot; MG: Middelgroot; K: Klein

Geint. GGZ: Geïntegreerde GGZ-instelling  
 RIAGG: Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheid  
 PAAZ: Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis  
 PUK: Psychiatrische UniversiteitsKliniek)  
 Amb. GGZ: Instelling voor ambulante GGZ  
 K&J: Kinder- en jeugdinstelling  
 Spec: Gespecialiseerde instelling, gericht op een specifieke doelgroep patiënten  
 VZ: Verslavingszorginstelling  
 RIBW: Regionale Instelling voor Beschermd Wonen

<sup>1</sup> Eén geïntegreerde GGZ-instelling nam alleen deel voor het zorgdomein Volwassenen kort.

<sup>2</sup> Bij twee geïntegreerde GGZ-instellingen betrof het alleen kortdurende verslavingszorg.

<sup>3</sup> Deze instellingen leveren alleen kortdurende verslavingszorg.

## 2.3 Achtergrondkenmerken respondenten

### 2.3.1 Leeftijd en geslacht

In Tabel 2.2 is de verdeling van de leeftijd en het geslacht van de respondenten per zorgdomein weergegeven. Er is sprake van een verschil in leeftijdsopbouw tussen de zorgdomeinen. De respondenten in het zorgdomein Kinderen en Jeugd en in het zorgdomein Verslavingszorg zijn over het algemeen jonger dan de respondenten in de andere zorgdomeinen. Voor het zorgdomein Kinderen en Jeugd is 70,4% van de respondenten jonger dan 45 jaar, en voor het zorgdomein Verslavingszorg ligt dit percentage op 62,6%. Daarentegen is maar iets meer dan een derde van de respondenten in de zorgdomeinen Ouderen (34,4%) en Volwassenen Lang (36,6%) jonger dan 45 jaar. Het percentage voor het zorgdomein Volwassenen Kort zit daar tussenin (50,5%). Deze verschillen zijn significant, waarbij het zorgdomein Kinderen en Jeugd vooral contrasteert met de zorgdomeinen Volwassenen Lang en Ouderen<sup>15</sup>.

**Tabel 2.2** Verdeling van leeftijd en geslacht respondenten per zorgdomein

	<b>K&amp;J</b>		<b>VOLK</b>		<b>VOLL</b>		<b>OUD</b>		<b>VERS</b>	
<b>Leeftijd</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< 25	5	2,2	5	1,8	1	0,9	2	2,0	3	2,3
25-34	80	35,9	74	27,3	19	17,4	14	13,7	39	29,8
35-44	72	32,3	58	21,4	20	18,3	19	18,6	40	30,5
45-54	38	17,0	70	25,8	31	28,4	27	26,5	26	19,8
55-64	28	12,6	63	23,2	38	34,9	40	39,2	22	16,8
65 >	--	--	1	0,4	--	--	--	--	1	0,8
Missing			1		2		3		1	
<b>Geslacht</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Man	31	13,9	75	27,7	39	35,8	39	38,2	37	28,2
Vrouw	192	86,1	196	72,3	70	64,2	63	61,8	94	71,8
Missing			1		2		3		1	
<b>Totaal</b>	<b>223</b>		<b>272</b>		<b>111</b>		<b>105</b>		<b>132</b>	

K&J: Kinderen en Jeugd VOLK: Volwassenen Kort VOLL: Volwassenen Lang  
 OUD: Ouderen VERS: Verslaving

Wat betreft verdeling in geslacht wijken de respondenten in het zorgdomein Kinderen en Jeugd iets af van de respondenten in de andere zorgdomeinen. Hoewel over de gehele linie vrouwelijke respondenten in de meerderheid zijn, is het percentage vrouwen in dit zorgdomein (86,1%) hoger dan het percentage vrouwen in de andere zorgdomeinen (variërend van 61,8% in het zorgdomein Ouderen tot 72,3% in het zorgdomein Volwassenen Kort). Deze verschillen tussen zorgdomeinen in verdeling naar geslacht zijn

<sup>15</sup> Getoetst met Oneway ANOVA.

significant, waarbij het zorgdomein Kinderen en Jeugd wederom vooral contrasteert met de zorgdomeinen Volwassenen Lang en Ouderen<sup>16</sup>.

Kortom: er is sprake van verschillen tussen de zorgdomeinen in de leeftijds- en geslachtverdeling van de respondenten. Duidelijke verschillen zijn dat de respondenten in het zorgdomein Kinderen en Jeugd vaker vrouw en vaker jonger dan 45 zijn in vergelijking met de respondenten in de zorgdomeinen Volwassenen Lang en Ouderen.

### 2.3.2 Omvang aanstelling

Wat betreft de omvang van de aanstellingen zijn de verschillen gering (Tabel 2.3). Voor alle zorgdomeinen geldt dat ruim driekwart van de respondenten ten minste 22 uur per week werkt. Hoewel het percentage respondenten met een (vrijwel) fulltime aanstelling in het zorgdomein Kinderen en Jeugd (40,4%) wat lager ligt dan de percentages in de andere zorgdomeinen (51,7% tot 55,9%), zijn deze verschillen niet significant.

**Tabel 2.2** Omvang aanstelling per zorgdomein (%)

<i>Aanstelling</i>	<i>K&amp;J</i>		<i>VOLK</i>		<i>VOLL</i>		<i>OUD</i>		<i>VERS</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
< 0,2 fte	1	0,4	1	0,4	3	2,7	1	1,0	2	1,5
0,2-0,4 fte	11	4,9	6	2,2	2	1,8	3	2,9	4	3,1
0,4-0,6 fte	33	14,8	44	16,3	18	16,4	15	14,7	17	13,0
0,6-0,8 fte	88	39,5	80	29,5	26	23,6	26	25,5	36	27,5
0,8-1,0 fte	90	40,4	140	51,7	61	55,5	57	55,9	72	55,0
Totaal	223		272		111		105		132	

K&J: Kinderen en Jeugd VOLK: Volwassenen Kort VOLL: Volwassenen Lang  
 OUD: Ouderen VERS: Verslaving

### 2.3.3 Beroepsgroep

De respondenten konden op een meerkeuzevraag aangegeven tot welke beroepsgroep zij behoren. In Tabel 2.4 zijn de 960 antwoorden weergegeven. Deze antwoorden zijn vervolgens weer samengevat in een beperkter aantal rubrieken, waarbij een respondent telkens aan één rubriek is toegewezen. Hiervoor werd de volgende regel gehanteerd:

- Psycholoog, klinisch psycholoog en GZ-psycholoog zijn samengenomen onder '(GZ-)psycholoog'
- Psychotherapeuten en systeem-, familie-, gezins-, of sociotherapeuten (al dan niet in combinatie met psycholoog) zijn samengenomen onder 'Psychotherapeut'
- Alle artsen (al dan niet in combinatie met andere categorieën) zijn samengenomen onder 'Psychiater/verslavingsarts/geriater'

<sup>16</sup> Getoetst met Chi<sup>2</sup>-toets.

- Orthopedagoog (al dan niet in combinatie met psycholoog of GZ-psycholoog) is samengenomen onder 'Orthopedagoog'
- Alle verpleegkundigen, SPVen en verpleegkundig specialisten zijn samengenomen onder 'Verpleegkundige/SPV'
- Onder 'Anders' zijn de beroepen samengenomen die niet in te delen zijn in de bovenstaande rubrieken (bv. begeleider, logopedist, casemanager)

**Tabel 2.4** Verdeling beroepsgroepen per zorgdomein (meerdere antwoorden mogelijk; N=960 antwoorden)

<b>Beroepsgroep</b>	<b>K&amp;J</b>		<b>VOLK</b>		<b>VOLL</b>		<b>OUD</b>		<b>VERS</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Psycholoog	36	14,3	40	12,2	1	0,8	3	2,6	20	13,6
Gezondheidszorgpsycholoog	79	31,5	61	18,5	6	5,0	10	8,8	15	10,2
Klinisch psycholoog	11	4,4	29	8,8	3	2,5	2	1,7	2	1,4
Orthopedagoog	24	9,6	1	0,3	3	2,5	1	0,9	1	0,7
Psychotherapeut	38	15,1	46	14,0	4	3,4	2	1,7	10	6,8
Psychiater (in opleiding)	22	8,8	43	13,1	12	10,1	17	14,9	9	6,1
Verslavingsarts (in opleiding)	--	--	1	0,3	1	0,8	--	--	6	4,1
Geriatr (in opleiding)	--	--	--	--	--	--	2	1,7	--	--
Verpleegkundige MBO	4	1,6	15	4,6	23	19,3	15	13,2	8	5,4
Verpleegkundige HBO	18	7,2	65	19,8	39	32,8	42	36,8	43	29,5
Verpleegkundig specialist	4	1,6	10	3,0	10	8,4	5	4,4	4	2,7
Anders	15	6,0	18	5,5	17	14,3	15	13,2	29	19,7
Totaal genoemd	251		329		119		114		147	

K&J: Kinderen en Jeugd VOLK: Volwassenen Kort VOLL: Volwassenen Lang  
 OUD: Ouderen VERS: Verslaving

De samengestelde rubrieken zijn weergegeven in Tabel 2.5. Uit deze tabel blijkt dat er aanzienlijke verschillen bestaan in de beroepsopbouw van de respondenten in de zorgdomeinen. Zo is bij de zorgdomeinen Ouderen en Volwassenen Lang ruim de helft tot bijna twee derde van de respondenten een verpleegkundige (resp. 57,5% en 64,9%), terwijl dit percentage bij het zorgdomein Kinderen en Jeugd slechts 11,3% is. In dit zorgdomein is bijna de helft van de respondenten een (GZ-)psycholoog (47,1%), een beroepscategorie die onder de respondenten in de zorgdomeinen Volwassenen Lang en Ouderen betrekkelijk weinig voorkomt (resp. 5,4% en 12,5%). Deze verschillen zijn uiteraard significant<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Getoetst met Chi<sup>2</sup>-toets.

**Tabel 2.5** Verdeling beroepsgroepen per zorgdomein (samengevat)

<i>Beroepsgroep</i>	<i>K&amp;J</i>		<i>VOLK</i>		<i>VOLL</i>		<i>OUD</i>		<i>VERS</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
(GZ-)psycholoog	104	47,1	76	27,9	6	5,4	13	12,5	34	25,8
Psychotherapeut	40	18,1	57	21,0	4	3,6	4	3,8	7	5,3
Psychiater/verslavingsarts/geriater	21	9,5	44	16,2	13	11,7	19	18,3	15	11,4
Verpleegkundige/SPV	25	11,3	90	33,1	72	64,9	60	57,7	54	40,9
Orthopedagoog	24	10,9	1	0,4	3	2,7	1	1,0	1	0,8
Anders	7	3,2	4	1,5	13	11,7	7	6,7	21	15,9
Missing	2						1			
Totaal	223		272		111		105		132	

K&J: Kinderen en Jeugd VOLK: Volwassenen Kort VOLL: Volwassenen Lang  
 OUD: Ouderen VERS: Verslaving

### 2.3.4 Echelon

Het overgrote deel van de respondenten geeft aan (vooral) te werken in de gespecialiseerde GGZ. Percentages variëren van 80,0% (zorgdomein Volwassenen Lang) tot 97,3% (zorgdomein Ouderen). De respondenten in het zorgdomein Volwassenen Lang geven wat vaker aan (wel significant) dat zij (vooral) in de generalistische basis-GGZ werken, vooral vergeleken met de respondenten in het zorgdomein Kinderen en Jeugd die vaker aangeven in beide settings werkzaam te zijn (Tabel 2.6).

**Tabel 2.6** Verdeling echelon en zorgdomein

<i>Beroepsgroep</i>	<i>K&amp;J</i>		<i>VOLK</i>		<i>VOLL</i>		<i>OUD</i>		<i>VERS</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Generalistische basis-GGZ	9	4,0	24	8,9	17	15,5	10	9,8	7	5,3
Gespecialiseerde GGZ	194	87,0	227	83,8	88	80,0	89	97,3	119	90,8
Beide	20	9,0	20	7,4	5	4,5	3	2,9	5	3,8
Missing			1		1		3		1	
Totaal	223		272		111		105		132	

K&J: Kinderen en Jeugd VOLK: Volwassenen Kort VOLL: Volwassenen Lang  
 OUD: Ouderen VERS: Verslaving

### 2.3.5 Cliëntgroep

De respondenten konden in de enquête in een meerkeuzevraag aangeven met welke cliëntgroep(en) zij voornamelijk werken. Uit de antwoorden bleek dat een aanzienlijk aantal behandelaren meerdere cliëntgroepen bedienen. Van de 843 respondenten gaven er 579 aan (68,7%) aan voor één specifieke doelgroep te werken. De rest gaf combinaties aan. Zo gaven bijvoorbeeld 104 respondenten (12,5%) aan zowel langdurende als kortdurende zorg te verlenen aan volwassenen. Ook de antwoorden op deze vraag zijn onderverdeeld in een beperkter aantal rubrieken. Door de combinaties van doelgroepen cliënten is er geen één-op-één overeenkomst tussen het zorgdomein

waar een respondent is ingedeeld door zijn of haar instelling en de cliëntgroep(en) die de respondent aangeeft voornamelijk te bedienen (Tabel 2.7). Vooral respondenten in de zorgdomeinen Ouderen en Verslavingszorg geven aan hulp te bieden aan (voornamelijk) andere doelgroepen. Het niet zuiver kunnen indelen van respondenten in één zorgdomein houdt wel in dat het in een aantal gevallen niet duidelijk is voor welk zorgdomein de vragenlijst is ingevuld, zodat er waarschijnlijk enige 'vervuiling' van de data is opgetreden.

Binnen het zorgdomein Volwassenen Kort geeft overigens 15,5% van de respondenten aan dat hun voornaamste doelgroep uitsluitend volwassenen met langdurende problematiek is. De vraag is of in dit geval respondenten in het verkeerde zorgdomein zijn ingedeeld of dat respondenten ook hulp bieden aan volwassenen met kortdurende problemen, maar dit niet bij de beantwoording van de vraag heeft aangegeven.

**Tabel 2.7** Verdeling van de cliëntgroep(en) die respondenten vooral bedienen per zorgdomein

<i>Doelgroep</i>	<i>K&amp;J</i>		<i>VOLK</i>		<i>VOLL</i>		<i>OUD</i>		<i>VERS</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Kinderen en jeugd (+ volwassenen)	214	96,0	10	3,7	8	7,3	2	2,0	6	4,6
Volwassenen Kort	3	1,3	140	51,7	8	7,3	16	15,7	15	11,5
Volwassenen Kort + Lang	3	1,3	73	26,9	12	10,9	6	5,9	10	7,6
Volwassenen Lang	3	1,3	42	15,5	80	72,7	6	4,9	21	16,0
Ouderen	--	--	4	1,5	1	0,9	73	71,6	1	0,8
Verslaving	--	--	2	0,7	1	0,9	--	--	78	59,5
Missing			1		1		3		1	
Totaal	223		272		111		105		132	

K&J: Kinderen en Jeugd VOLK: Volwassenen Kort VOLL: Volwassenen Lang  
 OUD: Ouderen VERS: Verslaving

### **Samengevat**

Er zijn verschillen (soms aanzienlijk) tussen de zorgdomeinen wat betreft de verdeling van respondenten naar leeftijd, geslacht, omvang van de aanstelling, beroepsgroep en echelon. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat de werkelijke samenstelling van de populatie van behandelaren ook in deze mate verschilt tussen de zorgdomeinen. Het kan niet uitgesloten worden dat deelnemende instellingen die ervoor gekozen hebben zelf de enquête uit te zetten, specifieke groepen behandelaren hebben benaderd om aan de enquête deel te nemen. Het is ook mogelijk dat behandelaren met bepaalde kenmerken meer geneigd waren de enquête in te vullen.

In de opzet van deze enquête is gestreefd naar een helder onderscheid in zorgdomeinen, zodat kan worden onderzocht in hoeverre er verschillen in zorgdomeinen bestaan wat betreft de mate waarin ROM ter ondersteuning van de dagelijkse



zorgpraktijk is geïmplementeerd. In de praktijk blijkt dat ongeveer een derde van de respondenten meerdere doelgroepen bedient en (dus) in meerdere zorgdomeinen werkzaam is. Dit geldt vooral voor de respondenten in de zorgdomeinen Ouderen en Verslaving. Het is mogelijk dat een deel van deze respondenten de enquête heeft ingevuld met in hun achterhoofd (ook) een ander zorgdomein dan het zorgdomein waar men aan is toegewezen.

## 2.4 Voorvraag: mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk

### 2.4.1 Mate van gebruik

Uit Tabel 2.8 blijkt dat voor alle vijf zorgdomeinen de grote meerderheid van de respondenten aangeeft ROM ten minste soms te gebruiken in de dagelijkse zorgpraktijk, variërend van 77,1% van de respondenten die werkzaam zijn in het zorgdomein Ouderen tot 92,4% van de respondenten die werkzaam zijn in het zorgdomein Kinderen en jeugd. Kijkend naar de respondenten die ROM in hun dagelijkse zorgpraktijk gebruiken, dan doet 80% (zorgdomein Volwassenen lang) tot bijna 90% (zorgdomein Volwassenen kort) dit ten minste op regelmatige basis. Respondenten voor de zorgdomeinen Kinderen en jeugd en voor het zorgdomein Ouderen geven verhoudingsgewijs wat vaker aan ROM altijd in hun dagelijkse praktijk te gebruiken.

**Tabel 2.8** Mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk

<i>Frequentie</i>	<i>K&amp;J</i>		<i>VOLK</i>		<i>VOLL</i>		<i>OUD</i>		<i>VERS</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Nooit	17	7,6	35	12,9	17	15,3	24	22,9	27	20,5
Soms	26	11,7	27	9,9	19	17,1	12	11,4	14	10,6
Regelmatig	50	22,4	68	25,0	41	36,9	19	18,1	39	29,5
Vaak	51	22,9	64	23,5	11	9,9	17	16,2	23	17,4
Altijd	79	35,4	78	28,7	23	20,7	33	31,4	29	22,0
Totaal	223		272		111		105		132	

K&J: Kinderen en Jeugd VOLK: Volwassenen Kort VOLL: Volwassenen Lang  
 OUD: Ouderen VERS: Verslaving

### 2.4.2 Redenen om geen ROM te gebruiken

In totaal hebben 120 respondenten (14,2%) aangegeven ROM nooit te gebruiken in hun dagelijkse zorgpraktijk. Verpleegkundigen zijn oververtegenwoordigd onder deze 'nooit'-gebruikers. Om precies te zijn: bij de zorgdomeinen Volwassen Kort (51,5%), Volwassenen Lang (52,9%) en Ouderen (58,3%) is meer dan de helft van de 'nooit'-

gebruikers verpleegkundige, terwijl het percentage bij de zorgdomeinen Kinderen en Jeugd (43,8%) en Verslaving (33,3%) wat lager ligt, maar nog steeds aanzienlijk is.<sup>18</sup>

Bijna alle 'nooit'-gebruikers (95%) hebben één of meer redenen genoemd om ROM niet toe te passen in de dagelijkse zorgpraktijk (Tabel 2.9). Veruit de meest genoemde reden om is dat het niet tot iemands takenpakket behoort. Blijkbaar hoeven veel verpleegkundigen niet te 'ROMmen'. Andere redenen om geen ROM te gebruiken in de dagelijkse zorgpraktijk worden veel minder vaak naar voren gebracht. Het meest genoemd worden het (tot voor kort) onbekendheid zijn met ROM en het van mening zijn dat ROM geen meerwaarde heeft.

**Tabel 2.9** Reden(en) die 114 respondenten geven voor het niet gebruiken van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk

<b><i>Reden voor geen ROM gebruik</i></b>	<b><i>Aantal keer genoemd</i></b>
ROM behoort niet tot iemands takenpakket/ wordt door anderen gedaan	73
Men is onbekend met ROM, of men was dat tot voor kort	18
ROM wordt binnen de instelling niet gebruikt omdat men er de meerwaarde niet van inziet	16
Men ervaart ROM als te belastend gegeven de werkdruk	7
ROM is (nog) niet geïmplementeerd in de instelling	4
Men is net begonnen met (nieuwe) baan, en gaat binnenkort ook starten met ROM	1
Men gebruikt zelfgekozen vragenlijsten, vanwege het werkzaam zijn op meerdere plekken waar verschillende vragenlijsten worden gebruikt	1
<b><i>Totaal</i></b>	<b>120</b>

## **2.5 Mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces: uitkomsten op de stellingen**

Zoals hierboven besproken, geldt voor alle vijf zorgdomeinen dat veruit de meeste respondenten aangeven ROM in ieder geval soms te gebruiken in hun dagelijkse zorgpraktijk. Deze respondenten hebben de 22 stellingen beantwoord die gaan over de verschillende elementen van een goede implementatie van ROM als ondersteuningsinstrument voor de dagelijkse zorgpraktijk. In deze paragraaf worden per zorgdomein de gemiddelde scores per stelling gepresenteerd en besproken. Daarbij wordt ook ingegaan op het percentage van de respondenten dat de laagst mogelijke score (1=helemaal oneens) heeft gegeven op een stelling en het percentage van de respondenten met de hoogst mogelijke score (5=helemaal eens). De paragraaf wordt afgesloten met een bespreking van de resultaten van vergelijkingen tussen zorgdomeinen wat betreft de scores op de stellingen.

<sup>18</sup> Uit Tabel 2.5 blijkt overigens dat bij de zorgdomeinen Volwassenen Lang en Ouderen verhoudingsgewijs meer verpleegkundigen werken.

### **2.5.1 Zorgdomein Kinderen en jeugd**

In Tabel 2.10 worden de scores op de stellingen weergegeven van de respondenten die werkzaam zijn in het zorgdomein Kinderen en jeugd. De respondenten scoren gemiddeld het hoogst op de stelling dat men voldoende kennis heeft om de ROM-scores te kunnen interpreteren (4,0 op een schaal van 1 tot 5). Ruim 40% geeft aan het 'helemaal eens' te zijn met deze stelling. Ook op de stelling dat men cliënten voorafgaand aan hun behandeling informeert over het doel en nut van ROM wordt relatief hoog gescoord, hoewel er wel sprake is van een lagere gemiddelde score (3,5) en meer verdeeldheid qua beoordeling. Met deze stelling is ruim een kwart het volledig eens en ruim 10% het volledig mee oneens.

Op acht stellingen (#17 tot en met #19) wordt een gemiddelde score behaald die rond het 'neutrale' middenpunt van de schaal (niet mee eens, niet mee oneens) ligt. De verschillen in beoordeling van deze stellingen worden geïllustreerd door het aanzienlijke percentage respondenten dat het helemaal oneens is met een stelling (variërend tussen 10-30%) en het substantiële percentage respondenten dat het helemaal eens is met een stelling (variërend tussen 7-15%).

Vanaf de stelling over het getraind zijn of worden in het gebruik en de interpretatie van ROM-scores en de terugkoppeling ervan aan cliënten (#10), scoren de respondenten gemiddeld genomen beduidend lager (2,5 of lager) dan het 'neutrale' schaal midden. Kijkend naar deze 12 stellingen, geeft ruim 30% tot ruim 50% van de respondenten aan het volledig oneens te zijn met een stelling. Naast training, hebben verscheidene laag scorende stellingen betrekking op het gebruik van ROM-scores bij het evalueren en bijstellen van de behandeling en op het gebruik van ROM-scores in teamverband of intercollegiaal overleg. De resterende laag scorende stellingen gaan over in hoeverre ROM-scores tot tevredenheid van cliënten worden gebruikt ter ondersteuning van hun behandeling en in hoeverre de scores toegankelijk voor cliënten zijn.

**Tabel 2.10** Gemiddelde scores op de stellingen over ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk en de percentages respondenten met een minimale score ('helemaal oneens') en een maximale score ('helemaal eens') (gesorteerd op gemiddelde score) (Kinderen en Jeugd, N=206) <sup>1</sup>

		<i>Gem</i>	<i>% Min (1)</i>	<i>% Max (5)</i>
3	Ik heb voldoende kennis om ROM te kunnen interpreteren	4,0	3,4	41,3
2	Ik informeer mijn cliënten over ROM	3,5	11,2	26,2
17	Management bewaakt kwaliteit	3,1	19,8	14,8
18	De vragenlijsten zijn valide en betrouwbaar	3,0	9,9	9,9
1	ROM is voor mij belangrijk en nuttig	2,9	19,9	10,7
4	Ik gebruik de ROM-scores om het beloop te evalueren	2,9	22,3	14,6
21	De output is eenvoudig en aantrekkelijk	2,9	16,0	7,4
5	Ik koppel de ROM-scores terug	2,8	25,2	12,1
15	Behandelaars, secretariaat en cliënten werken samen	2,8	29,6	12,3
19	De vragenlijsten zijn geschikt voor meten van verandering	2,8	17,3	8,6
10	Wij zijn/worden getraind in ROM	2,5	34,6	7,4
11	Wij gebruiken ROM-scores om behandeling bij te stellen	2,5	30,9	6,2
13	ROM-afname gekoppeld aan beslismomenten	2,5	40,7	12,3
12	Onze cliënten hebben een laagdrempelige toegang	2,4	55,6	2,5
20	De vragenlijsten zijn geschikt voor evaluatie behandelplannen	2,4	25,9	6,2
7	Ik gebruik de ROM-scores om behandeling bij te stellen	2,2	45,7	3,7
6	Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan	2,1	40,8	3,9
8	Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal overleg	2,1	46,9	11,1
9	Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn	2,1	42,0	3,7
22	Cliënten krijgen begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling	2,1	51,9	3,7
14	ROM-scores worden gebruikt in teamoverleggen	1,8	44,4	3,7
16	ROM-scores worden in team gebruikt om van te leren	1,8	50,6	3,7

<sup>1</sup> In de tabel worden de stellingen ingekort gepresenteerd. Zie Bijlage A6 voor de volledige formuleringen.

### 2.5.2 Zorgdomein Volwassenen kort

In Tabel 2.11 worden de scores op de stellingen gepresenteerd van de respondenten die werkzaam zijn in het zorgdomein Volwassenen kort. Vergeleken met het zorgdomein Kinderen en jeugd wordt over het algemeen hoger gescoord. Op acht stellingen wordt een gemiddelde score behaald (3,3 of meer) die beduidend hoger is dan het schaal midden, waarbij de hoogst scorende stellingen gaan over het voldoende kennis hebben om ROM-scores te kunnen interpreteren (4,0) en over het voorafgaand aan hun behandeling informeren van cliënten over het doel en het nut van ROM (3,9). Voor beide stellingen geldt dat ruim 40% van de respondenten aangeeft het hier volledig mee eens te zijn.

De gemiddelde score van de respondenten ligt op negen stellingen behoorlijk (2,7) tot ver (2,2) onder het schaal midden. Kijkend naar deze laag scorende stellingen, varieert het percentage respondenten dat het helemaal oneens is met een stelling van bijna 25% tot ruim 35%. De stellingen overlappen grotendeels met de laag scorende stellingen bij het zorgdomein Kinderen en jeugd, en gaan dus vooral over het krijgen van training in het gebruik van ROM-scores, het gebruik van ROM-scores voor het bijstellen

van behandeltrajecten, het gebruik van ROM-scores in teamverband of intercollegiaal overleg, en de toegankelijkheid van ROM-scores voor cliënten en hun tevredenheid.

**Tabel 2.11** Gemiddelde scores op de stellingen over ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk en de percentages respondenten met een minimale score ('helemaal oneens') en een maximale score ('helemaal eens') (gesorteerd op gemiddelde score) (Volwassenen Kort, N=237) <sup>1</sup>

		<i>Gem</i>	<i>% Min (1)</i>	<i>% Max (5)</i>
3	Ik heb voldoende kennis om ROM te kunnen interpreteren	4,0	3,4	40,9
2	Ik informeer mijn cliënten over ROM	3,9	8,9	41,8
5	Ik koppel de ROM-scores terug	3,5	16,5	36,3
4	Ik gebruik de ROM-scores om het beloop te evalueren	3,4	16,9	27,8
21	De output is eenvoudig en aantrekkelijk	3,4	10,1	21,5
1	ROM is voor mij belangrijk en nuttig	3,3	14,3	14,3
15	Behandelaars, secretariaat en cliënten werken samen	3,3	10,5	20,3
17	Management bewaakt kwaliteit	3,3	14,3	19,8
18	De vragenlijsten zijn valide en betrouwbaar	3,1	13,1	13,5
11	Wij gebruiken ROM-scores om behandeling bij te stellen	3,0	15,6	11,4
13	ROM-afname gekoppeld aan beslismomenten	3,0	22,4	18,1
19	De vragenlijsten zijn geschikt voor meten van verandering	3,0	16,9	12,7
20	De vragenlijsten zijn geschikt voor evaluatie behandelplannen	2,8	21,5	7,6
12	Onze cliënten hebben een laagdrempelige toegang	2,7	30,4	15,6
22	Cliënten krijgen begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling	2,7	24,5	8,4
6	Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan	2,6	30,8	11,0
7	Ik gebruik de ROM-scores om behandeling bij te stellen	2,6	31,6	10,1
8	Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal overleg	2,6	35,0	9,3
10	Wij zijn/worden getraind in ROM	2,6	26,6	8,9
9	Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn	2,5	28,3	5,5
14	ROM-scores worden gebruikt in teamoverleggen	2,5	32,5	8,0
16	ROM-scores worden in team gebruikt om van te leren	2,2	36,3	5,9

<sup>1</sup> In de tabel worden de stellingen ingekort gepresenteerd. Zie Bijlage A6 voor de volledige formuleringen.

### 2.5.3 Zorgdomein Volwassenen lang

De scores op de stellingen van de respondenten die werkzaam zijn in het zorgdomein Volwassenen lang staan weergegeven in Tabel 2.12. Voor zeven stellingen is er sprake van een gemiddelde score die beduidend hoger (3,4 of meer) ligt dan het schaal midden. Dezelfde twee stellingen ('Ik heb voldoende kennis om ROM-scores te kunnen interpreteren' en 'Ik informeer mijn cliënten vooraf over het doel en nut ROM voor hun behandeling') worden wederom gemiddeld het hoogst gescoord (resp. 4,1 en 3,9).

De gemiddelde score ligt voor een grote groep van 11 stellingen rond het schaal midden, variërend van 2,8 tot en met 3,2. Opgemerkt dient te worden dat het percentage respondenten dat het volledig oneens is met een stelling, ook voor deze 'neutraal' scorende stellingen substantieel is, en varieert van ruim 8% tot ruim 20%.

Op vier stellingen scoren de respondenten gemiddeld genomen ruim onder het schaal midden. Voor deze stellingen ligt het percentage respondenten dat het helemaal oneens is met een stelling vanzelfsprekend hoger, met een spreiding lopend van 23% tot

31%. De laag scorende stellingen hebben betrekking op de toegankelijkheid van de ROM-scores voor cliënten en de tevredenheid van cliënten over het gebruik van ROM-scores voor het evalueren en bijstellen van hun behandeling. Daarnaast beoordelen de respondenten de stelling laag die gaat over de terugkoppeling van ROM-scores aan het team om van te leren (bv. om zicht te krijgen op de kenmerken van de cliënten of hun mate van herstel).

**Tabel 2.12** Gemiddelde scores op de stellingen over ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk en de percentages respondenten met een minimale score ('helemaal oneens') en een maximale score ('helemaal eens') (gesorteerd op gemiddelde score) (Volwassenen Lang, N=94) <sup>1</sup>

		<i>Gem</i>	<i>% Min (1)</i>	<i>% Max (5)</i>
3	Ik heb voldoende kennis om ROM te kunnen interpreteren	4,1	3,2	44,7
2	Ik informeer mijn cliënten over ROM	3,9	4,3	39,4
1	ROM is voor mij belangrijk en nuttig	3,6	7,4	22,3
13	ROM-afname gekoppeld aan beslismomenten	3,5	7,4	28,7
4	Ik gebruik de ROM-scores om het beloop te evalueren	3,4	12,8	80,9
5	Ik koppel de ROM-scores terug	3,4	7,4	80,9
11	Wij gebruiken ROM-scores om behandeling bij te stellen	3,4	8,5	18,1
6	Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan	3,2	13,8	14,9
20	De vragenlijsten zijn geschikt voor evaluatie behandelplannen	3,2	13,8	22,3
15	Behandelaars, secretariaat en cliënten werken samen	3,1	11,7	18,1
17	Management bewaakt kwaliteit	3,1	17,0	11,7
18	De vragenlijsten zijn valide en betrouwbaar	3,1	8,5	9,6
10	Wij zijn/worden getraind in ROM	3,0	16,0	12,8
19	De vragenlijsten zijn geschikt voor meten van verandering	3,0	16,0	9,6
8	Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal overleg	2,9	19,1	13,8
21	De output is eenvoudig en aantrekkelijk	2,9	17,0	9,6
7	Ik gebruik de ROM-scores om behandeling bij te stellen	2,8	20,2	6,4
14	ROM-scores worden gebruikt in teamoverleggen	2,8	22,3	10,6
9	Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn	2,4	23,4	2,1
12	Onze cliënten hebben een laagdrempelige toegang	2,4	29,8	7,4
16	ROM-scores worden in team gebruikt om van te leren	2,4	30,9	4,3
22	Cliënten krijgen begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling	2,3	29,8	3,2

<sup>1</sup> In de tabel worden de stellingen ingekort gepresenteerd. Zie Bijlage A6 voor de volledige formuleringen.

#### 2.5.4 Zorgdomein Ouderen

In Tabel 2.13 worden de scores op de stellingen gepresenteerd van de respondenten die werkzaam zijn in het zorgdomein Ouderen. Alleen op de stelling die gaat over het hebben van voldoende kennis om ROM-scores te kunnen interpreteren wordt een gemiddelde score behaald (3,6) die duidelijk boven het schaal midden ligt. Bijna een kwart van de respondenten is het volledig eens met deze stelling.

Op zeven stellingen is de gemiddelde score gelijk aan het schaal midden, of ligt deze daar iets onder (2,8 of 2,9). Kijkend naar deze 'neutraal' scorende stellingen, valt op dat het percentage respondenten dat het volledig oneens is met een stelling aanzienlijk is, variërend tussen 10% en 33%.

De gemiddelde score van de respondenten ligt op liefst 14 stellingen behoorlijk (2,7) tot ver (1,8) onder het schaal midden. Het percentage respondenten dat het helemaal oneens is met een stelling ligt daarbij in vijf gevallen tussen de 26% en 35%; in negen gevallen gaat het om minimaal 40% tot maximaal 56% van de respondenten. De laag scorende stellingen vallen goeddeels samen met de laag scorende stellingen bij het zorgdomein Kinderen en jeugd, en hebben vooral betrekking op het krijgen van training in het gebruik van ROM-scores, het gebruik van ROM-scores voor het bijstellen van behandeltrajecten, het gebruik van ROM-scores in teamverband of intercollegiaal overleg, en de toegankelijkheid van ROM-scores voor cliënten en hun tevredenheid.

**Tabel 2.13** Gemiddelde scores op de stellingen over ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk en de percentages respondenten met een minimale score ('helemaal oneens') en een maximale score ('helemaal eens') (gesorteerd op gemiddelde score) (Ouderen, N=81) <sup>1</sup>

		<i>Gem</i>	<i>% Min (1)</i>	<i>% Max (5)</i>
3	Ik heb voldoende kennis om ROM te kunnen interpreteren	3,6	4,9	23,5
17	Management bewaakt kwaliteit	3,0	19,8	14,8
18	De vragenlijsten zijn valide en betrouwbaar	3,0	9,9	9,9
21	De output is eenvoudig en aantrekkelijk	3,0	16,0	7,4
4	Ik gebruik de ROM-scores om het beloop te evalueren	2,9	33,3	18,5
1	ROM is voor mij belangrijk en nuttig	2,8	28,4	9,9
2	Ik informeer mijn cliënten over ROM	2,8	33,3	16,0
19	De vragenlijsten zijn geschikt voor meten van verandering	2,8	17,3	8,6
15	Behandelaars, secretariaat en cliënten werken samen	2,7	29,6	12,3
20	De vragenlijsten zijn geschikt voor evaluatie behandelplannen	2,6	25,9	6,2
10	Wij zijn/worden getraind in ROM	2,5	34,6	7,4
5	Ik koppel de ROM-scores terug	2,4	42,0	11,1
8	Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal overleg	2,4	46,9	11,1
11	Wij gebruiken ROM-scores om behandeling bij te stellen	2,4	30,9	6,2
13	ROM-afname gekoppeld aan beslismomenten	2,4	40,7	12,3
6	Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan	2,1	35,2	3,8
7	Ik gebruik de ROM-scores om behandeling bij te stellen	2,1	45,7	3,7
9	Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn	2,1	42,0	3,7
14	ROM-scores worden gebruikt in teamoverleggen	2,1	44,4	3,7
16	ROM-scores worden in team gebruikt om van te leren	1,9	50,6	3,7
22	Cliënten krijgen begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling	1,9	51,9	3,7
12	Onze cliënten hebben een laagdrempelige toegang	1,8	55,6	2,5

<sup>1</sup> In de tabel worden de stellingen ingekort gepresenteerd. Zie Bijlage A6 voor de volledige formuleringen.

### 2.5.5 Zorgdomein Verslaving

De scores op de stellingen van de respondenten die werkzaam zijn in het zorgdomein Verslaving worden gepresenteerd in Tabel 2.14. Vergelijkbaar met de zorgdomeinen Kinderen en jeugd, Volwassenen kort en Volwassenen lang, worden de hoogste gemiddelde scores (resp. 4,0 en 3,9) behaald op de stellingen die gaan over het hebben van voldoende kennis om ROM-scores te kunnen interpreteren en over het voorafgaand aan hun behandeling informeren van cliënten over het doel en nut van ROM. In beide

gevallen geven ruim 40% van de respondenten aan het volledig eens te zijn met de stelling.

Op 12 stellingen scoren de respondenten gemiddeld gelijk aan het schaal midden, of hier vlak boven (3,1 of 3,2) of vlak onder (2,9 of 2,8). Wederom dient te worden opgemerkt dat voor elk van deze 'neutraal' scorende stellingen geldt dat een aanzienlijk percentage respondenten het volledig oneens is met een stelling, variërend tussen 11% en 22%.

De gemiddelde score van de respondenten is op acht stellingen beduidend lager dan het schaal midden (variërend van 2,6 tot 2,0). Kijkend naar deze stellingen, ligt het percentage respondenten dat het helemaal oneens is met een stelling tussen 20% en 35%. Het betreffen grotendeels dezelfde stellingen waarop ook lage(re) gemiddelde scores werden behaald bij de andere zorgdomeinen, en waarbij het vooral gaat over het gebruik van ROM-scores voor het bijstellen van behandeltrajecten, het gebruik van ROM-scores in teamverband of intercollegiaal overleg, en de toegankelijkheid van ROM-scores voor cliënten en hun tevredenheid.

**Tabel 2.14** Gemiddelde scores op de stellingen over ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk en de percentages respondenten met een minimale score ('helemaal oneens') en een maximale score ('helemaal eens') (gesorteerd op gemiddelde score) (Verslaving, N=105) <sup>1</sup>

		<i>Gem</i>	<i>% Min (1)</i>	<i>% Max (5)</i>
2	Ik informeer mijn cliënten over ROM	4,0	5,7	41,0
3	Ik heb voldoende kennis om ROM te kunnen interpreteren	3,9	3,8	42,9
1	ROM is voor mij belangrijk en nuttig	3,2	15,2	9,5
4	Ik gebruik de ROM-scores om het beloop te evalueren	3,2	15,2	18,1
5	Ik koppel de ROM-scores terug	3,2	19,0	21,0
13	ROM-afname gekoppeld aan beslismomenten	3,1	13,3	15,2
19	De vragenlijsten zijn geschikt voor meten van verandering	3,1	14,3	13,4
11	Wij gebruiken ROM-scores om behandeling bij te stellen	3,0	11,4	4,8
17	Management bewaakt kwaliteit	3,0	13,3	13,3
15	Behandelaars, secretariaat en cliënten werken samen	2,9	13,3	13,3
18	De vragenlijsten zijn valide en betrouwbaar	2,9	11,4	9,5
20	De vragenlijsten zijn geschikt voor evaluatie behandelplannen	2,9	18,1	6,7
10	Wij zijn/worden getraind in ROM	2,8	21,9	6,7
12	Onze cliënten hebben een laagdrempelige toegang	2,8	21,9	15,2
6	Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan	2,6	28,6	3,8
7	Ik gebruik de ROM-scores om behandeling bij te stellen	2,6	26,7	4,8
21	De output is eenvoudig en aantrekkelijk	2,6	20,0	2,9
8	Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal overleg	2,5	33,3	7,6
22	Cliënten krijgen begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling	2,4	26,7	3,8
14	ROM-scores worden gebruikt in teamoverleggen	2,3	30,5	3,8
9	Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn	2,2	35,2	10,5
16	ROM-scores worden in team gebruikt om van te leren	2,0	35,2	1,0

<sup>1</sup> In de tabel worden de stellingen ingekort gepresenteerd. Zie Bijlage A6 voor de volledige formuleringen.



### 2.5.6 Vergelijking tussen zorgdomeinen

In Tabel 2.15 worden de resultaten gepresenteerd van vergelijkingen tussen de vijf zorgdomeinen wat betreft de scores op de stellingen van de respondenten. In *cursief* en **vet** wordt aangegeven waar precies de significante verschillen zitten. Wanneer bijvoorbeeld wordt gekeken naar de eerste stelling ('ROM is voor mij belangrijk en nuttig als aanvulling op mijn eigen klinisch oordeel'), is de gemiddelde score van respondenten die werkzaam zijn in het zorgdomein Volwassenen lang significant hoger dan de score van de respondenten die werkzaam zijn in het zorgdomein Ouderen.

Het beeld dat oprijst, is dat de respondenten in het zorgdomein Ouderen verhoudingsgewijs het laagst scoren op de stellingen, gevolgd door de respondenten in het zorgdomein Kinderen en Jeugd. Zij scoren op veel stellingen (resp. 11 en 10) significant lager dan de respondenten in het zorgdomein Volwassenen lang; en in mindere mate ook lager dan de respondenten in het zorgdomein Volwassenen kort (op resp. 9 en 2 stellingen) en de respondenten in het zorgdomein Verslaving (op resp. 6 en 2 stellingen). De respondenten in het zorgdomein Kinderen en jeugd scoren op twee stellingen ('Ik heb voldoende kennis om de ROM-scores te kunnen interpreteren' en 'Onze cliënten hebben een laagdrempelige toegang tot hun ROM-scores') significant hoger dan de respondenten in het zorgdomein Ouderen. Er bestaan geen significante verschillen tussen de zorgdomeinen Volwassenen lang, Volwassenen kort en Verslaving, uitgezonderd dat de respondenten in het zorgdomein Volwassenen kort op de stelling over de mate van eenvoud en aantrekkelijkheid van de output vanuit het ROM-systeem significant hoger scoren dan de respondenten in het zorgdomein Verslaving.

Voor wat betreft de scores op drie stellingen worden geen significante verschillen gevonden tussen de vijf zorgdomeinen: 'de vragenlijsten in ons ROM-systeem zijn valide en betrouwbaar', 'de vragenlijsten in ons ROM-systeem zijn geschikt voor het meten van verandering bij de cliëntgroep(en) waar ik het meest mee werk' en 'de kwaliteit van het ROM-systeem en het gebruik van ROM voor het primaire proces wordt door ons management bewaakt'.

Tot slot dient te worden opgemerkt dat de scores op veel stellingen relatief laag zijn voor de meeste, of soms zelfs alle zorgdomeinen. Alleen de stelling die gaat over het voldoende kennis hebben om ROM te kunnen interpreteren wordt over alle zorgdomeinen heen betrekkelijk hoog beoordeeld. Stellingen die door de respondenten in (bijna) alle zorgdomeinen gemiddeld laag (<3,0) worden gescoord hebben betrekking op het getraind zijn/worden in het gebruik en de interpretatie van ROM-scores en de terugkoppeling ervan aan cliënten, het samen met de cliënt evalueren en eventueel bijstellen van de behandeling aan de hand van ROM-scores, het gebruik van ROM-scores in teamverband of intercollegiaal overleg, de geschiktheid van vragenlijsten voor het opstellen en evalueren van behandelplannen, de tevredenheid van cliënten over het

gebruik van ROM ter ondersteuning van hun behandeling en de toegankelijkheid van de ROM-scores voor cliënten.

**Tabel 2.15** Gemiddelde scores op de stellingen over ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk vergeleken tussen zorgdomeinen (N=723) <sup>1,2</sup>

		<i>K&amp;J</i>	<i>VOLK</i>	<i>VOLL</i>	<i>OUD</i>	<i>VERS</i>	<i>p</i>
1	ROM is voor mij belangrijk en nuttig	2,9	3,3	<b>3,6</b>	2,8	3,2	,000
2	Ik informeer mijn cliënten over ROM	3,5	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>	2,8	<b>4,0</b>	,000
3	Ik heb voldoende kennis om ROM te kunnen interpreteren	<b>4,0</b>	<b>4,0</b>	<b>4,1</b>	3,6	<b>3,9</b>	,017
4	Ik gebruik de ROM-scores om het beloop te evalueren	2,9	<b>3,4</b>	<b>3,4</b>	2,9	<b>3,2</b>	,000
5	Ik koppel de ROM-scores terug	2,8	<b>3,5</b>	<b>3,4</b>	2,4	<b>3,2</b>	,000
6	Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan	2,1	2,6	<b>3,2</b>	2,1	2,6	,000
7	Ik gebruik de ROM-scores om behandeling bij te stellen	2,2	<b>2,6</b>	<b>2,8</b>	2,1	<b>2,6</b>	,000
8	Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal overleg	2,1	2,6	<b>2,9</b>	2,4	2,5	,000
9	Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn	2,1	<b>2,4</b>	2,4	2,1	2,2	,005
10	Wij zijn/worden getraind in ROM	2,5	2,6	<b>3,0</b>	2,5	2,8	,008
11	Wij gebruiken ROM-scores om behandeling bij te stellen	2,5	3,0	<b>3,4</b>	2,4	3,0	,000
12	Onze cliënten hebben een laagdrempelige toegang	<b>2,4</b>	<b>2,7</b>	<b>2,4</b>	1,8	<b>2,8</b>	,000
13	ROM-afname gekoppeld aan beslismomenten	2,5	3,0	<b>3,5</b>	2,4	3,1	,000
14	ROM-scores worden gebruikt in teamoverleggen	1,8	2,5	<b>2,8</b>	2,1	2,3	,000
15	Behandelaars, secretariaat en cliënten werken samen	2,8	<b>3,3</b>	3,2	2,7	2,9	,000
16	ROM-scores worden in team gebruikt om van te leren	1,8	2,2	<b>2,4</b>	1,9	2,0	,000
17	Management bewaakt kwaliteit	3,1	3,3	3,1	3,0	3,0	
18	De vragenlijsten zijn valide en betrouwbaar	3,0	3,1	3,1	3,0	2,9	
19	De vragenlijsten zijn geschikt voor meten van verandering	2,8	3,0	3,0	2,8	2,8	
20	De vragenlijsten zijn geschikt voor evaluatie behandelplannen	2,4	2,8	<b>3,2</b>	2,6	2,9	,000
21	De output is eenvoudig en aantrekkelijk	2,9	<b>3,4</b>	2,9	3,0	2,6	,000
22	Cliënten krijgen begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling	2,1	<b>2,7</b>	2,3	1,9	2,4	,000

K&J: Kinderen en Jeugd VOLK: Volwassenen Kort VOLL: Volwassenen Lang OUD: Ouderen VERS: Verslaving

<sup>1</sup> In de tabel worden de stellingen ingekort gepresenteerd. Zie Bijlage A6 voor de volledige formuleringen.

<sup>2</sup> Getoetst met Oneway ANOVA

## 2.6 Mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces: schaalscores en totaalscore

### 2.6.1 Onderliggende dimensies: samenhang tussen de stellingen in de enquête

Om te zien of de uitkomsten op bepaalde stellingen samen genomen kunnen worden tot een schaalscore, is een principale componenten analyse (PCA) uitgevoerd, in eerste instantie op alle respondenten uit alle zorgdomeinen samen. Deze analyse is opgenomen in Bijlage B2. Op basis van de analyse kunnen vier schalen worden gevormd, alsook een totaalscore voor alle stellingen samen worden berekend. In Tabel 2.16 staat aangegeven welke stellingen tot de schaal behoren. Bijvoorbeeld de schaal 'Individueel gebruik en ervaren nut van ROM in de dagelijkse praktijk' is samengesteld uit acht stellingen die sterk met elkaar samen hangen. Elke schaalscore is een gemiddelde van de scores op de stellingen, dus de schaalwaarden kunnen weer variëren van 1 tot 5.

**Tabel 2.16** Schalen samengesteld op basis van de stellingen in de enquête

Schaal	Bestaat uit stellingen
	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9
Gebruik van ROM in het team en organisatorische randvoorwaarden	10, 11, 13, 14, 15, 16, 17
Bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten	18, 19, 20, 22
Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar	3, 12, 21
Totaalscore	1 t/m 22

Voor elk zorgdomein zijn de betrouwbaarheden van de schalen berekend (Tabel 2.17). De schaal 'Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar' heeft een lage betrouwbaarheid, dus uitkomsten moeten ook op itemniveau worden beoordeeld. De betrouwbaarheid van de ander schalen en de totaalscore is (zeer) goed.

**Tabel 2.17** Betrouwbaarheden indien de schaalindeling van het totale bestand wordt gebruikt

	<i>Alles</i>	<i>K&amp;J</i>	<i>VOLK</i>	<i>VOLL</i>	<i>OUD</i>	<i>VERS</i>
Individueel gebruik en ervaren nut van ROM in de dagelijkse praktijk	,91	,89	,92	,90	,93	,89
Gebruik van ROM in het team en organisatorische randvoorwaarden	,86	,83	,87	,85	,82	,83
Bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten	,82	,78	,84	,83	,82	,84
Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar	,51	,49	,53	,61	,48	,46
Totaalscore	,93	,91	,94	,93	,94	,92

K&J: Kinderen en Jeugd    VOLK: Volwassenen Kort    VOLL: Volwassenen Lang  
 OUD: Ouderen    VERS: Verslaving

De factoranalyses zijn ook op het niveau van elk zorgdomein apart uitgevoerd. De factoroplossingen kwamen voor een belangrijk deel overeen met de oplossing voor alle

zorgdomeinen samen. Het aantal schalen was vier voor het zorgdomein Volwassenen Kort en vijf voor de andere zorgdomeinen. In het geval van vijf schalen leidde dit bij de zorgdomeinen Kinderen en Jeugd, Volwassenen Lang en Ouderen tot één of twee schalen met weinig items en een lage betrouwbaarheid, terwijl er bij de overige schalen geen sprake was van hogere betrouwbaarheden vergeleken met uitkomsten van de analyse op de totale respondentengroep (alle zorgdomeinen tezamen genomen). Er werd gekozen voor het gebruik van de factoroplossing voor alle zorgdomeinen samen. Hierdoor is het mogelijk om de uitkomsten op schaalniveau te vergelijken tussen zorgdomeinen.

### 2.6.2 Schaalscores en totaalscores

In Tabel 2.18 zijn de gemiddelde schaalscores per zorgdomein weergegeven. Zoals op basis van de bespreking van de individuele stellingen al kon worden verondersteld, zijn de gemiddelde scores laag, rond het neutrale schaal midden (score 3,0). De hoogste gemiddelde score is 3,4 en de laagste 2,4. In het geval van de totaalscore is de uitkomst slechts bij twee zorgdomeinen op of net boven het schaal midden. Zoals al naar voren kwam, scoren de respondenten in de zorgdomeinen Kinderen en Jeugd en Ouderen gemiddeld het laagst, en de respondenten in de zorgdomeinen Volwassenen Lang en Volwassenen Kort gemiddeld het hoogst.

**Tabel 2.18** Gemiddelde scores op de schalen vergeleken tussen zorgdomeinen <sup>1</sup>

	<b>K&amp;J</b>	<b>VOLK</b>	<b>VOLL</b>	<b>OUD</b>	<b>VERS</b>	<b>p</b>
<b>Schaal</b>						
Individueel gebruik en ervaren nut van ROM	2,6	<b>3,0</b>	<b>3,2</b>	2,4	<b>2,9</b>	,000
Gebruik van ROM in het team en randvoorwaarden	2,4	2,9	<b>3,0</b>	2,4	2,7	,000
Bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten	2,6	<b>2,9</b>	<b>2,9</b>	2,6	2,8	,003
Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>	<b>3,1</b>	2,8	<b>3,1</b>	,000
Totaalscore	2,7	<b>3,0</b>	<b>3,1</b>	2,6	<b>2,9</b>	,000

K&J: Kinderen en Jeugd VOLK: Volwassenen Kort VOLL: Volwassenen Lang

OUD: Ouderen VERS: Verslaving

<sup>1</sup> Getoetst met Oneway ANOVA.

Uitgaande van de gemiddelde scores is er op alle gebieden en alle zorgdomeinen ruimte voor een betere implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces. Dat blijkt ook uit de scoreverdeling, waarbij op schaalniveau net als bij de individuele stellingen sprake is van een (vrijwel) maximale spreiding in scores. Anders gezegd: op alle vier schalen scoort een deel van de respondenten heel hoog, terwijl een ander deel heel laag scoort. Bijvoorbeeld op de schaal 'Individueel gebruik en ervaren nut van ROM' scoort per zorgdomein 11,7% tot 42,0% van de respondenten een 2,0 of lager, terwijl 9,2% tot 25,7% van de respondenten een 4,0 of hoger scoort.

Hoewel minder groot, is deze spreiding in scores ook te zien bij de respondenten in een zorgdomein van dezelfde instelling. Voor elk zorgdomein geldt vrijwel in alle gevallen

dat door de respondenten die werkzaam zijn bij dezelfde instelling zowel hoge ( $\geq 4,0$ ) als lage ( $\leq 2,0$ ) scores worden gegeven.

## **2.7 Hangt de mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk samen met de schaalscores en de totaalscore?**

Zoals in paragraaf 2.4 al is besproken geeft 77,1% tot 92,4% van de respondenten aan ten minste soms ROM te gebruiken in de dagelijkse praktijk, en 22,0% tot 35,4% geeft aan dat zij dat altijd doen. Tabel 2.19 laat per zorgdomein zien in hoeverre de mate van gebruik (soms – regelmatig – vaak – altijd) samenhangt met de schaalscores en totaalscore. In de laatste kolom zijn de significante verbanden aangegeven. In Tabel 2.19 is in *cursief* en in **vet** aangegeven waar precies de significante verschillen zitten. Kijkend naar het zorgdomein Volwassenen kort, zijn bijvoorbeeld de totaalscores van de respondenten die aangeven ROM soms te gebruiken in de dagelijkse praktijk significant lager dan de scores van de respondenten die aangeven ROM altijd te gebruiken in de dagelijkse praktijk.

Zoals te zien, worden bij de zorgdomeinen Kinderen en Jeugd, Volwassenen Kort en Volwassenen lang positieve relaties gevonden tussen de mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk en de schaal- en totaalscores.<sup>19</sup> Anders gezegd: des te vaker de respondenten in deze zorgdomeinen aangeven ROM te gebruiken, des te beter zij ROM geïmplementeerd vinden ter ondersteuning van het primaire proces.

Bij de zorgdomeinen Ouderen en Verslaving is van een dergelijk verband niet of nauwelijks sprake. Waarschijnlijk spelen hier de kleinere aantallen respondenten een rol, waardoor er sprake is van lagere statistische power.

---

<sup>19</sup> Getoetst met Oneway ANOVA's

**Tabel 2.19** De relatie tussen de schaalscores en de mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk

	<i>Mate van gebruik ROM in dagelijkse zorgpraktijk</i>				
	<i>Soms</i>	<i>Regelmatig</i>	<i>Vaak</i>	<i>Altijd</i>	<i>p</i>
<b>Kinderen en Jeugd (N=206)</b>					
Individueel gebruik en ervaren nut van ROM	2,0	<b>2,6</b>	<b>2,7</b>	<b>2,7</b>	,006
Gebruik van ROM in het team en randvoorwaarden	2,1	2,5	2,5	2,5	
Bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten	2,4	2,6	2,6	2,6	
Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar	2,7	3,0	<b>3,4</b>	<b>3,2</b>	,012
Totaalscore	2,3	<b>2,7</b>	<b>2,8</b>	<b>2,7</b>	,021
<b>Volwassenen Kort (N=237)</b>					
Individueel gebruik en ervaren nut van ROM	2,5	3,0	3,0	<b>3,3</b>	,027
Gebruik van ROM in het team en randvoorwaarden	2,6	2,7	2,8	3,1	
Bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten	2,8	2,8	3,0	2,9	
Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar	3,0	3,1	<b>3,5</b>	<b>3,6</b>	,002
Totaalscore	2,7	2,9	3,1	<b>3,2</b>	,046
<b>Volwassenen Lang (N=94)</b>					
Individueel gebruik en ervaren nut van ROM	2,8	3,3	3,6	3,2	
Gebruik van ROM in het team en randvoorwaarden	2,7	2,9	<b>3,9</b>	3,2	,003
Bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten	2,5	2,9	<b>3,6</b>	2,9	,036
Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar	3,0	3,0	3,6	3,3	
Totaalscore	2,7	3,0	<b>3,7</b>	3,1	,010
<b>Ouderen (N=81)</b>					
Individueel gebruik en ervaren nut van ROM	2,1	2,3	2,3	2,7	
Gebruik van ROM in het team en randvoorwaarden	2,3	2,3	2,3	2,7	
Bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten	2,7	2,5	2,4	2,7	
Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar	2,7	2,7	2,8	2,9	
Totaalscore	2,4	2,4	2,5	2,7	
<b>Verslaving (N=105)</b>					
Individueel gebruik en ervaren nut van ROM	2,3	<b>3,1</b>	<b>3,3</b>	2,7	,014
Gebruik van ROM in het team en randvoorwaarden	2,2	2,9	2,8	2,7	
Bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten	2,6	2,9	2,7	2,9	
Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar	2,7	3,1	3,2	3,2	
Totaalscore	2,5	3,0	3,0	2,9	

## 2.8 Welke achtergrondkenmerken van de behandelaren hangen samen met de schaalscores en de totaalscore?

### 2.8.1 Beroepsgroep

In Tabel 2.20 zijn per zorgdomein de relaties tussen beroepsgroepen en de schaal- en totaalscores weergegeven (alleen de significante verbanden). Alleen in het zorgdomein Volwassenen Kort is er sprake van duidelijke verbanden, waarbij vooral opvalt dat de (GZ-)psychologen hogere schaalscores en een hogere totaalscore hebben dan de psychiaters. Het ontbreken van significante verbanden in de zorgdomeinen Volwassen Lang en Ouderen

kan overigens weer te maken hebben met een geringere statistische power vanwege de relatief kleine aantallen respondenten.

**Tabel 2.20** De relatie tussen schaal- en totaalscores en beroepsgroep (alleen significante verbanden worden gepresenteerd)

	<i>Beroepsgroep <sup>1</sup></i>						<i>p</i>
	<i>(GZ) psy- cho- cho- loog</i>	<i>Psy- cho- thera- peut</i>	<i>Psy- chi- ater /arts</i>	<i>Ver- pleeg- kun- dige</i>	<i>Ortho- peda- goog</i>	<i>An- ders</i>	
<b>Kinderen en Jeugd (N=206)</b> Bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten	2,7	2,6	2,0	2,3	2,7	--	,022
<b>Volwassenen Kort (N=237)</b> Individueel gebruik en ervaren nut van ROM	<b>3,5</b>	<b>3,1</b>	2,5	2,9	--	--	,000
Bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten	<b>3,2</b>	2,7	2,5	3,0	--	--	,012
Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar	<b>3,7</b>	<b>3,6</b>	3,1	3,0	--	--	,000
Totaalscore	<b>3,3</b>	3,1	2,7	2,9	--	--	,000
<b>Volwassenen Lang (N=94)</b>							
<b>Ouderen (N=81)</b>							
<b>Verslaving (N=105)</b> Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar	<b>3,5</b>	--	2,8	3,0	--	2,8	,015
Totaalscore	<b>3,2</b>	--	2,7	2,8	--	2,6	,048

<sup>1</sup> De samenstelling van de beroepsgroepen verschilt per zorgdomein. Sommige beroepsgroepen komen niet (orthopedagoog) of in te kleine aantallen voor om meegenomen te kunnen worden in de analyses

## 2.8.2 Andere achtergrondkenmerken

Eventuele verbanden tussen schaal- en totaalscores en andere achtergrondvariabelen (setting, omvang van de aanstelling, leeftijd en geslacht) zijn ook onderzocht. Alleen in het zorgdomein Kinderen en Jeugd worden bescheiden correlaties gevonden ( $R=0,21-0,27$ ) tussen leeftijd en de scores op de schalen 'Bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten' en 'Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar' en de totaalscore: hoe jonger hoe hoger de scores.

## 2.9 Variatie in schaalscores tussen en binnen omvangcategorieën van instellingen

### 2.9.1 Vergelijking tussen grote en middelgrote/kleine instellingen

De enquête is uitgezet onder grote, middelgrote en kleine instellingen. De verdeling van de instellingen naar omvang is in de zorgdomeinen Volwassenen Lang, Ouderen en Verslaving



sterk scheef verdeeld naar de grote instellingen. In deze zorgdomeinen zijn dus maar weinig respondenten van middelgrote of kleine instellingen, waardoor een statistische vergelijking tussen instellingen van verschillende omvang niet mogelijk is. Dat kan wel bij de zorgdomeinen Kinderen en Jeugd en Volwassenen Kort. Alleen in het zorgdomein Kinderen en Jeugd worden significante verschillen gevonden. Daar blijkt dat de respondenten van de middelgrote en kleine instellingen hogere schaa scores en een hogere totaalscore hebben dan de respondenten van de grote instellingen (Tabel 2.21). Overigens blijft hier gelden dat de respondenten in dit zorgdomein over de gehele linie gemiddeld genomen laag scoren.

**Tabel 2.21** Onderscheid tussen grote en middelgrote c.q. kleine instellingen<sup>20</sup>

	<b>N</b>	<b>Individueel gebruik/nut</b>	<b>Gebruik in team</b>	<b>Bruikbaarheid vragenlijsten</b>	<b>Toegankelijkheid</b>	<b>Totaal</b>
<b>Zorgdomein Kinderen en jeugd</b>						
Groot	100	2,3	2,2	2,4	2,9	2,4
Middel/klein	107	2,8	2,6	2,8	3,4	2,9
<b>p-waarde</b>		,000	,002	,001	,000	,000
<b>Zorgdomein Volwassenen kort</b>						
Groot	189	3,1	2,9	2,9	3,4	3,1
Middel/klein	48	2,9	2,8	2,8	3,4	3,0
<b>p-waarde</b>		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

### 2.9.2 Vergelijking tussen grote instellingen

Wanneer alleen naar de grote instellingen wordt gekeken, is er op het oog sprake van een aanzienlijke spreiding in gemiddelde schaal- en totaalscores binnen de zorgdomeinen. Dus tussen instellingen blijken er verschillen te bestaan in de mate waarin ROM in de dagelijkse praktijk is geïmplementeerd. Omdat aantallen respondenten soms klein zijn, is een toetsing van verschillen niet aan de orde. In Tabel 2.22 is alleen ter indicatie weergegeven hoe groot de spreiding in antwoorden is.

**Tabel 2.22** Spreiding in gemiddelde schaal- en totaalscores bij de grote instellingen

	<b>K&amp;J</b>	<b>VOLK</b>	<b>VOLL</b>	<b>OUD</b>	<b>VERS</b>
<b>Schaal</b>					
Individueel gebruik en ervaren nut van ROM	1,6-2,6	2,3-4,0	2,6-4,0	1,5-3,6	2,4-3,2
Gebruik van ROM in het team en randvoorwaarden	1,9-2,6	2,0-3,7	2,6-3,8	1,7-3,2	2,3-3,1
Bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten	1,6-2,7	2,4-3,6	2,0-3,9	1,9-3,4	2,1-3,1
Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar	2,1-2,8	2,8-3,8	2,8-3,8	2,2-3,2	2,7-3,9
Totaalscore	1,8-2,7	2,5-3,7	2,6-3,9	2,1-3,4	2,5-3,3

<sup>20</sup> Getoetst met T-test.

## **2.10 De open slotvraag**

De enquête werd afgerond met een open vraag: *'Mist u nog iets in deze vragenlijst, of heeft u nog opmerkingen en tips? Dan kunt u dit hieronder aangeven'*. In totaal 174 respondenten (20,6%) hebben inhoudelijk geantwoord. Sommige respondenten hebben meer dan één opmerking gemaakt, resulterend in totaal 235 opmerkingen. Het betreffen opmerkingen over ROM en opmerkingen over de enquête zelf, die verder gerubriceerd zijn in categorieën (Tabel 2.23).

### **2.10.1 Opmerkingen over ROM**

De meeste opmerkingen zijn kritisch van aard. Het vaakst genoemde kritiekpunt is dat ROM iets is dat moet vanuit de zorgverzekeraars. Aangegeven wordt dat de procedures van deze 'verplichte' ROM, inclusief de gebruikte vragenlijsten en de daaruit voortkomende scores, niet goed aansluiten bij de dagelijkse zorgpraktijk, en hier dus ook weinig of geen meerwaarde voor hebben. Een ander kritiekpunt is dat (sommige) ROM-vragenlijsten belastend kunnen zijn voor cliënten vanwege hun (acute) klachten of cognitieve beperkingen, of vanwege de lengte van de vragenlijst, het type vragen dat wordt gesteld, of de formulering daarvan. Hoewel dit minder vaak voorkomt, geven een aantal respondenten aan ROM als (administratief) belastend te ervaren. Daarnaast hebben sommige respondenten problemen met hun ROM-systeem, waarbij het onder meer gaat over de moeizame toegankelijkheid voor henzelf of voor hun cliënten en over de onduidelijke of complexe weergave van de ROM-uitkomsten.

Verschillende respondenten geven verbetersuggesties om ROM meer van nut te laten zijn voor het primaire proces. Deze hebben betrekking op het bieden van voldoende ondersteuning aan behandelaren (o.a. in termen van tijd en opleiding/training), inspraak van behandelaren bij de keuze van ROM-vragenlijsten, het digitaal afnemen van vragenlijsten zodat resultaten tijdig beschikbaar zijn, het meten van aanvullende uitkomsten (o.a. kwaliteit van de behandelrelatie, comorbide problematiek), en het afnemen van de vragenlijsten op belangrijke momenten in de behandeling.

Andere opmerkingen zijn niet zozeer kritisch van aard, maar geven een nadere toelichting op de persoonlijke werksituatie of op de situatie op de afdeling of instelling in relatie tot ROM. Verschillende respondenten maken positieve opmerkingen over de bruikbaarheid van specifieke ROM-vragenlijsten in de dagelijkse praktijk, waarbij een variëteit aan vragenlijsten wordt genoemd.

### **2.10.2 Opmerkingen over de enquête**

Acht respondenten merken op dat zij de enquête hebben ingevuld met één of meer specifieke ROM-vragenlijsten in hun achterhoofd die binnen hun instelling of afdeling worden gebruikt. Zij geven aan dat de scores op de enquête kunnen verschillen naar

gelang de specifieke vragenlijst waarvan wordt uitgegaan bij het invullen: sommige vragenlijsten hebben meerwaarde voor de behandeling, andere vragenlijsten juist niet.

Andere verhoudingsgewijs vaak gemaakte opmerkingen hebben betrekking op ontbrekende of onduidelijke vragen of antwoordcategorieën. Vragen die men mist waren divers van aard; wat betreft de antwoordcategorieën wordt vooral een 'niet van toepassing'-categorie gemist.

### **2.10.3 Kenmerken van respondenten met kritische opmerkingen**

In totaal 104 respondenten geven één of meer kritische opmerkingen (het is een verplichting, vragenlijsten voldoen niet, ROM-scores zijn niet bruikbaar, ROM heeft geen meerwaarde, belastend voor behandelaar en cliënt, problemen met het ROM-systeem). Het uiten van kritiek houdt geen verband met zorgdomein of achtergrondkenmerken, met uitzondering van leeftijd. Degenen met kritische opmerkingen zijn wat ouder dan de rest. Verbanden met de uitkomsten op de enquête worden – zoals kon worden verwacht - wel gevonden. Degenen met kritische opmerkingen scoren lager op alle schalen en de totaalscore, met uitzondering van de schaal 'Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar'. Hier worden geen verschillen gevonden<sup>21</sup>. Wat betreft de afzonderlijke zorgdomeinen worden deze verschillen overigens alleen bij Volwassenen Kort gevonden.

---

<sup>21</sup> Getoetst met T-testen.

**Tabel 2.23** Gerubriceerde antwoorden (N=235) op de open slotvraag, beantwoord door 174 respondenten

<b>Opmerkingen over ROM</b>	<b>N</b>
ROM gebeurt alleen omdat het verplicht is gesteld door zorgverzekeraars	33
(Sommige) ROM-vragenlijsten zijn niet valide, ongeschikt, niet relevant	32
ROM heeft geen meerwaarde voor de behandeling	28
(Sommige) ROM-vragenlijsten zijn belastend voor cliënten (o.a. vanwege hun klachten of cognitieve beperkingen, een taalbarrière, of vanwege de lengte van de vragenlijst of het type vragen)	18
Verbeterwensen t.a.v. de ROM-procedure	13
Respondent geeft nadere toelichting op persoonlijke werksituatie in relatie tot ROM	13
ROM-scores zijn niet bruikbaar (o.a. geven niet altijd de realiteit weer, zijn te globaal, betreffen een momentopname, lastig te interpreteren)	11
Positieve opmerking over de bruikbaarheid van een specifieke vragenlijst	10
Belastend voor behandelaar (administratieve druk)	9
Problemen met het ROM-systeem (o.a. output, toegankelijkheid voor cliënten of behandelaren, koppeling met EPD)	8
ROM-procedure is recentelijk/wordt binnenkort ingevoerd of aangepast in de instelling	7
Diverse redenen:	14
- Gebruikt (ook) zelfgekozen vragenlijsten en/of ROM-methode	4
- Specificatie van de gebruikte ROM-vragenlijsten zonder in te gaan op hun bruikbaarheid	4
- ROM heeft meerwaarde voor de behandeling, of zou dat kunnen hebben	3
- Cliënten interpreteren de vraagstellingen in de ROM vaak anders dan behandelaren	1
- Onbekendheid met ROM	1
- Vooral psychologen gebruiken ROM-scores omdat zij dit in hun opleiding krijgen	1
<b>Totaal</b>	<b>196</b>
<b>Opmerkingen over de enquête</b>	<b>N</b>
De scores op de enquête kunnen verschillen afhankelijk van de specifieke ROM-vragenlijst(en) waarvan men uitgaat	8
Ontbrekende/onduidelijke antwoordcategorieën	8
Onduidelijke vragen/vragen die tegelijkertijd op meerdere aspecten betrekking hebben	7
Ontbrekende vragen	6
Onduidelijkheid over de doelstelling of doelgroep van de enquête	4
Ontbreken van open tekstvelden bij de vragen	3
Positieve opmerkingen over de enquête	3
<b>Totaal</b>	<b>39</b>

## 3 Uitkomsten onder vrijgevestigde behandelaren

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de online enquêtes onder vrijgevestigde behandelaren gepresenteerd. Eerst wordt ingegaan op de wijze van uitzetten van de enquêtes en de respons (paragraaf 3.2). Vervolgens worden de uitkomsten van de enquêtes gepresenteerd (paragrafen 3.3 t/m 3.5).

Zoals in Hoofdstuk 1 al is aangegeven, zijn er voor vrijgevestigde behandelaren drie versies van de enquête ontwikkeld, die verschillen qua aantal stellingen die gaan over de verschillende elementen van een goede implementatie van ROM als ondersteuningsinstrument voor de dagelijkse zorgpraktijk:

- Een versie voor vrijgevestigde behandelaren werkzaam in een groepspraktijk, ofwel een praktijk waarin inhoudelijk wordt samengewerkt met collega's of andere disciplines in een gezamenlijke bedrijfsvoering (22 stellingen).
- Een versie voor vrijgevestigde behandelaren die faciliteiten delen met anderen (17 stellingen).
- Een versie voor vrijgevestigde behandelaren met een solopraktijk (16 stellingen).

De twee laatstgenoemde versies omvatten minder stellingen omdat bijvoorbeeld vragen naar het gebruik van ROM in teamverband en de rol van het management niet relevant zijn voor solopraktijken/praktijken met gedeelde faciliteiten.

Bij de analyses van de data bleek dat de uitkomsten van de vrijgevestigden met een solopraktijk en de vrijgevestigden die faciliteiten delen met anderen vrijwel identiek zijn. Besloten werd daarom de gegevens van deze twee groepen respondenten als één bestand te beschouwen en samen te analyseren. Zodoende worden dus apart resultaten gepresenteerd over vrijgevestigden in solopraktijken (al dan niet met gedeelde faciliteiten) (paragraaf 3.3) en resultaten over vrijgevestigden in groepspraktijken (paragraaf 3.4). Tot slot worden in paragraaf 3.5 de antwoorden op de open slotvraag besproken.

## 3.2 Wijze van uitzetten enquêtes en respons

### 3.2.1 Uitzetten van de steekproef onder vrijgevestigde behandelaren <sup>22</sup>

De steekproeftrekking voor de vrijgevestigden is uitgevoerd in samenwerking met de volgende vier beroepsverenigingen:

- de NVVP (Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten)
- de NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie)
- het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen)
- de LVE (Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen)

Met deze beroepsverenigingen is vastgesteld welke leden in aanmerking zouden komen voor de enquête:

- Leden van de NVVP en de LVE zijn per definitie vrijgevestigd (al dan niet ook werkzaam in een instelling).<sup>23</sup>
- Bij de NVvP zijn alle ‘typen’ psychiaters aangesloten en is een selectie gemaakt van vrijgevestigde psychiaters.
- Bij het NIP zijn alle ‘typen’ psychologen aangesloten en is eerst een selectie gemaakt van vrijgevestigde psychologen. Vervolgens is hieruit een tweede selectie gemaakt op basis van de secties waarin zij zijn ingedeeld: GGZ, verslavingszorg, ouderenzorg en jeugdzorg.

Hierna is 40% van de (resterende) leden van elke beroepsvereniging op willekeurige basis geselecteerd: deze vrijgevestigden vormden de steekproef (Tabel 3.1). Het NIP en de NVvP verstuurdten zelf per mail de uitnodigingen voor de enquête (alsook de twee herinneringen), terwijl de NVVP en de LVE dit overlieten aan de afdeling IDM (Interview- en Datamanagement) van het Trimbos-instituut.

**Tabel 3.1** Steekproef vrijgevestigden

	<b>NVVP</b>	<b>NVvP</b>	<b>NIP</b>	<b>LVE</b>	<b>Totaal</b>
Aantal geïncludeerde leden	1681	359	2193	658	4891
Steekproeffractie 40%	672	145	877	263	1957
Verwachte respons 40%	269	58	351	105	783

<sup>22</sup> Zie voor een uitgebreide beschrijving van de steekproeftrekking: *Implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk in de GGZ. Achtergrondrapport A: Toegepaste onderzoeksmethoden.*

<sup>23</sup> De NVVP en de LVE zijn in oktober 2014 gefuseerd tot de LVVP (Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten).

Twee zaken zijn van belang bij deze methode:

- Op basis van de ledenbestanden kan er geen onderscheid worden gemaakt in type praktijkvoering (solopraktijk, gedeelde faciliteiten en groepspraktijk). Daarom is hiernaar gevraagd in de enquête.
- Vrijgevestigden kunnen lid zijn van meerdere beroepsverenigingen. Omdat de ledenbestanden van de verschillende verenigingen niet zijn gekoppeld, was het niet mogelijk vooraf rekening te houden met deze overlap. Hierdoor kreeg een deel van de geselecteerde vrijgevestigden meerdere uitnodigingen voor het invullen van de enquête toegestuurd. In de uitnodigingsmail aan de vrijgevestigden werd aangegeven dat dit kon voorkomen, met de opmerking dat de enquête maar één keer ingevuld hoefde te worden.

In de enquête is gevraagd naar lidmaatschap van beroepsverenigingen om achteraf te kunnen corrigeren voor het gegeven dat men lid kan zijn van meerdere verenigingen.

### 3.2.2 Respons <sup>24</sup>

#### ***Ongecorrigeerde bruto en netto respons***

In Tabel 3.2 is de respons per beroepsvereniging weergegeven. Gemiddeld heeft bijna een derde (30,1%) van de aangeschreven vrijgevestigden op enigerlei wijze gereageerd (bruto respons). Dat varieert van de enquête openen zonder verder vragen te beantwoorden, via het deels invullen van de enquête, tot het volledig afronden van de enquête. Dit laatste heeft ruim een kwart (27,6%) gedaan (netto respons).

Vijftig vrijgevestigden zijn voortijdig gestopt ('uitvallers'). Van hen hebben er 20 geen enkele vraag ingevuld en vier alleen enkele beginvragen (o.a. over praktijkvoering), maar geen stellingen over ROM in de dagelijkse zorgpraktijk. De overige 26 vrijgevestigden zijn wel aan de stellingen begonnen, maar zijn onderweg afgehaakt. Eén respondent heeft wel alle stellingen beantwoord, maar niet de afsluitende achtergrondvragen. Deze respondent is – daar waar relevant - wel meegenomen in de analyses.

---

<sup>24</sup> Zie voor een uitgebreide beschrijving van de responscijfers: *Implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk in de GGZ. Achtergrondrapport A: Toegepaste onderzoeksmethoden.*

**Tabel 3.2** Respons op de enquête onder vrijgevestigde behandelaren

	<i>Verstuurd</i>	<i>Bruto respons</i> <sup>1</sup>	<i>%</i>	<i>Netto respons</i> <sup>2</sup>	<i>%</i>	<i>Gecorrigeerde netto respons %</i> <sup>3</sup>
NVvP	143	70	48,9	68	47,5	47
NVVP	671	269	40,1	245	36,5	45
LVE	263	88	33,5	82	31,2	47
NIP	877	162	18,5	144	16,4	36
<b>Totaal</b>	<b>1954</b>	<b>589</b>	<b>30,1</b>	<b>539</b>	<b>27,6</b>	<b>42</b>

<sup>1</sup> Bruto respons: het aantal vrijgevestigden dat de enquête ten minste heeft geopend.

<sup>2</sup> Netto respons: het aantal vrijgevestigden dat de enquête volledig heeft ingevuld.

<sup>3</sup> Gecorrigeerde netto respons: netto respons gecorrigeerd voor het gegeven dat een substantieel deel van de respondenten lid is van meerdere beroepsverenigingen. Deze gecorrigeerde respons is een schatting van de werkelijke respons.

### ***Gecorrigeerde netto respons***

De 'netto respons' cijfers geven aan dat de respons per beroepsvereniging nogal varieert.

Vooraf de respons van de vrijgevestigden die via het NIP zijn aangeschreven blijft achter.

Dit kan worden verklaard doordat een aanzienlijk deel van de respondenten lid is van meer dan één beroepsvereniging (zie Tabel 3.3). De kans is reëel dat deze respondenten

meerdere uitnodigingen voor de enquête hebben ontvangen, terwijl zij maar op één

uitnodiging hoefden in te gaan. Zoals Figuur 3.1 laat zien bestaat er met name een grote

overlap qua lidmaatschap tussen het NIP, de NVVP en de LVE. Dit gegeven gecombineerd

met het feit dat de uitnodigingen via het NIP een stuk later werden verzonden dan de

uitnodigingen via de LVE en de NVVP, vormt een aannemelijke verklaring voor de

achterblijvende 'netto respons' onder de vrijgevestigden die via het NIP zijn uitgenodigd.

Een deel zal deze uitnodiging hebben genegeerd, omdat zij de enquête al hadden ingevuld

via de LVE of de NVVP. Een mogelijke aanvullende verklaring is dat een vrijgevestigde

wellicht eerder geneigd was om in te gaan op de uitnodiging van de LVE of de NVVP,

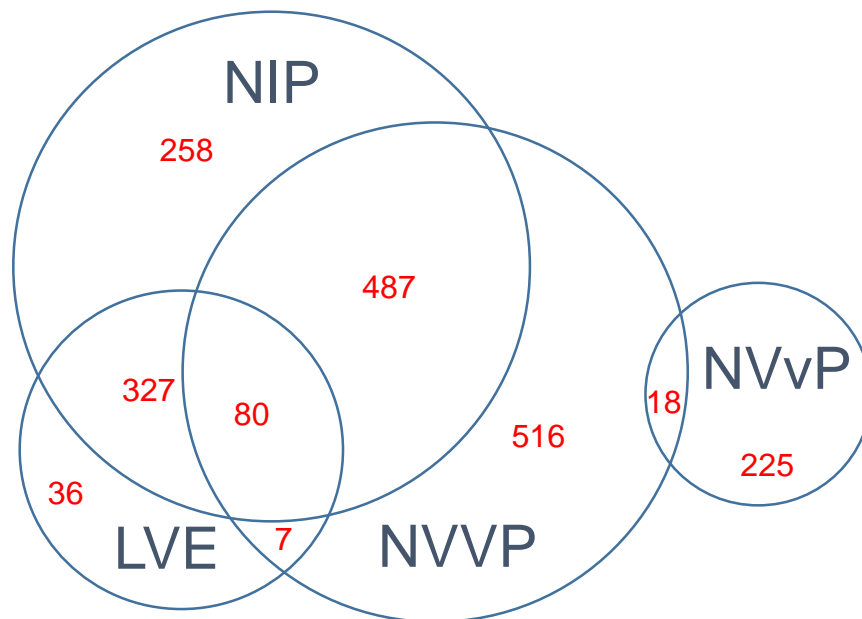
omdat zij dit beschouwden als een verzoek vanuit de 'eigen' beroepsgroep.

**Tabel 3.3** Lidmaatschappen beroepsverenigingen

	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>
LVE	10	1,9
NIP	71	13,2
LVE + NIP	90	16,7
NVvP	62	11,5
NVVP	142	26,4
NVVP + LVE	2	0,4
NVVP + NIP	134	24,9
NVVP + NIP + LVE	22	4,1
NVVP + NVvP	5	0,9
Totaal	538	100,0
Missing	1	

**Figuur 3.1** Geschatte overlap qua lidmaatschap tussen beroepsverenigingen in de steekproef (N=1.954)





De 'netto respons' cijfers geven dus een vertekend beeld, een onderschatting. Op basis van de via de enquête verkregen informatie over overlap qua lidmaatschap, is daarom een inschatting gemaakt van de 'werkelijke' respons, waarbij er vanuit is gegaan dat er geen reden is om aan te nemen dat er grote verschillen in respons bestaan tussen de beroepsverenigingen. Dit leidt tot een geschatte 'gecorrigeerde netto respons' van 42% (zie Tabel 3.2, laatste kolom). Bij de opzet van het onderzoek was uitgegaan van een geschatte respons van rond 40%. Ter vergelijking: bij enquêtes onder huisartsen wordt in de regel een respons van circa 50% gevonden.<sup>25</sup> Een eerdere enquête in 2014 onder vrijgevestigde behandelaren in de GGZ behaalde echter een respons van slechts 16%.<sup>26</sup>

<sup>25</sup> Bijvoorbeeld: L.F.J. van der Velden, R.S. Batenburg (2009). Waarnemende huisartsen in Nederland: Gegevens uit de huisartsregistratie en enkele schattingen. Utrecht: NIVEL.

<sup>26</sup> Bureau Tester (2014). GGZ-Enquête 2014. Vrijgevestigde behandelaren in de GGZ Overbelast!

### 3.3 Uitkomsten onder vrijgevestigden met een solopraktijk (al dan niet met gedeelde faciliteiten)

#### 3.3.1 Achtergrondkenmerken

##### *Leeftijd en geslacht*

Ruim 85% van de respondenten is 45 jaar of ouder, en 13% is zelfs 65 jaar of ouder (Tabel 3.4). Bijna twee derde van de respondent is vrouw. Vanwege het ontbreken van vergelijkingsinformatie, kan niet bepaald worden of de respondenten wat betreft leeftijds- en geslachtsverdeling afwijken van het landelijk gemiddelde.

**Tabel 3.4** Verdeling leeftijd en geslacht respondenten

<b>Leeftijd</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
25-34	9	1,9
35-44	58	12,3
45-54	145	30,7
55-64	198	41,9
>65	63	13,3
Missing	1	
<b>Geslacht</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Man	164	34,7
Vrouw	309	65,3
Missing	1	

##### *Type praktijk en werkzame dagen*

Driekwart van de vrijgevestigden (N=348; 73,4%) heeft een solopraktijk, de anderen delen faciliteiten met anderen (Tabel 3.5). Vier op de tien vrijgevestigden (40,8%) voeren (vrijwel) de gehele week praktijk en twee derde (68,5%) voert ten minste drie dagen in de week praktijk.

**Tabel 3.5** Type praktijk en aantal dagen werkzaam in praktijk

<b>Dagen werkzaam</b> <b>Type praktijk</b>	<b>&lt; 1 dag</b>	<b>1-2 dagen</b>	<b>2-3 dagen</b>	<b>3-4 dagen</b>	<b>&gt;4 dagen</b>	<b>Totaal</b>
Solopraktijk	7 (2,0)	33 (9,5)	66 (19,0)	93 (26,8)	148 (42,7)	348
Deelt faciliteiten	1 (0,8)	17 (13,5)	25 (19,8)	38 (30,2)	45 (35,7)	126
Totaal	8 (1,7)	50 (10,6)	91 (19,2)	131 (27,7)	193 (40,8)	473
Missing						1

**Beroepsgroep en echelon**

In de enquête is gevraagd naar het beroep van de vrijgevestigde. Dit betrof een meerkeuze vraag, waarop dus meer dan één antwoord kon worden gegeven. Alle antwoorden zijn gehercodeerd en ingedeeld in vier beroepsgroepen (Tabel 3.6).<sup>27</sup> Bijna de helft van de vrijgevestigden (49,0%) is psychotherapeut en bijna een derde (31,5%) is GZ-psycholoog. Psychiaters (12,7%) en klinisch psychologen (6,8%) komen minder vaak voor. Beroepsgroep en echelon zijn sterk met elkaar verbonden. Vrijwel alle psychiaters (95,0%) en psychotherapeuten (87,1%) werken in de gespecialiseerde GGZ. Daarentegen zijn veruit de meeste GZ-psychologen (87,9%) werkzaam in de generalistische Basis-GGZ. De klinisch psychologen zijn wat meer over beide echelons verdeeld, hoewel de meeste in gespecialiseerde GGZ werken. Praktijken die beide echelons bedienen komen verhoudingsgewijs niet veel voor; 8,5% van de respondenten heeft zo'n praktijk.

**Tabel 3.6** Verdeling beroepsgroepen (%) per echelon

	<b>Psychiater</b>	<b>Psycho- therapeut</b>	<b>Klinisch psycholoog</b>	<b>GZ- psycholoog</b>	<b>Totaal</b>
Generalistische Basis-GGZ	1 (1,7)	6 (2,6)	7 (21,9)	131 (87,9)	145
Gespecialiseerde GGZ	57 (95,0)	202 (87,1)	21 (65,6)	8 (5,4)	288
(Grofweg) gelijkelijk verdeeld over beide settings	2 (3,3)	24 (10,3)	4 (12,5)	10 (6,7)	40
Totaal	60	232	32	149	473
Missing					1

**Beroepsgroep en zorgdomein**

In de enquête is een vraag opgenomen naar de cliëntgroepen waar de vrijgevestigde het meest mee in aanraking komt. Ook dit was een meerkeuzevraag, waarop meer dan één

<sup>27</sup> De antwoorden zijn gehercodeerd naar één beroepsgroep volgens de regel psychiater > psychotherapeut > GZ psycholoog > (klinisch) psycholoog.

antwoord kon worden gegeven. Op basis van de antwoorden is er voor gekozen om vier categorieën van (combinaties van) zorgdomeinen te vormen<sup>28</sup>:

- Volwassenen Lang (soms gecombineerd met ouderen)
- Volwassenen Kort (soms gecombineerd met verslaving en/of ouderen)
- Volwassenen Kort en Lang (soms gecombineerd met ouderen en/of verslaving)
- Kinderen en Jeugd, en Volwassenen Kort en/of Lang (soms gecombineerd met ouderen)

In Tabel 3.7 is te zien dat de meeste respondenten (N=168; 35,5%) volwassenen met kort- of langdurende problematiek behandelen.

**Tabel 3.7** Verdeling beroepsgroepen per zorgdomein (%)

	<i>Psychiater</i>	<i>Psycho- therapeut</i>	<i>Klinisch psycholoog</i>	<i>GZ- psycholoog</i>	<i>Totaal</i>
Volwassenen Lang	6 (10,0)	71 (30,6)	6 (18,8)	2 (1,3)	85
Volwassenen Kort	13 (21,7)	20 (8,6)	10 (31,3)	74 (49,7)	117
Volwassenen Kort + Lang	29 (48,3)	105 (45,3)	10 (31,3)	24 (16,1)	168
Kinderen en Jeugd + Volwassenen Kort en/of Lang	12 (20,0)	36 (15,5)	6 (18,8)	49 (32,9)	103
Totaal	60	232	32	149	473
Missing					1

Kijkend naar beroepsgroep, blijkt dat bijna de helft van de psychiaters (48,3%) en de psychotherapeuten (45,3%) hulp biedt aan volwassenen met kort- of langdurende problematiek. Bijna een derde van de psychotherapeuten (30,6%) behandelt alléén volwassenen met langdurende problematiek. GZ-psychologen richten zich verhoudingsgewijs vaak alleen op volwassenen met kortdurende problematiek (49,7%) of op een gemengde cliëntpopulatie van zowel volwassenen als kinderen en jeugdigen (32,9%). Klinisch psychologen nemen een tussenpositie in wat betreft cliëntgroepen aan wie hulp wordt geboden.

<sup>28</sup> Gezien de geringe aantallen respondenten die alleen kinderen en jeugdigen, alleen ouderen of alleen cliënten met verslavingsproblematiek behandelen, zijn deze respondenten met de andere groepen samengenomen.

### 3.3.2 Voorvraag: mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk

#### *Mate van gebruik*

De grote meerderheid van de respondenten (88%) geeft aan ROM te gebruiken in de dagelijkse zorgpraktijk. Tachtig procent zegt dit ten minste op regelmatige basis te doen, en ruim een kwart (26,6%) geeft aan altijd ROM toe te passen (Tabel 3.8).

**Tabel 3.8** Mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk

	<b>N</b>	<b>%</b>
Nooit	57	12,0
Soms	38	8,0
Regelmatig	113	23,8
Vaak	140	29,5
Altijd	126	26,6
Totaal	474	100,0

#### *Redenen om geen ROM te gebruiken*

In totaal hebben 57 respondenten (12,0%) aangegeven ROM nooit te gebruiken in hun dagelijkse zorgpraktijk. Van hen geven 47 hiervoor één of meer redenen (Tabel 3.9). De meest genoemde redenen om ROM niet toe te passen in de dagelijkse zorgpraktijk zijn dat men er de meerwaarde niet van inziet en dat men ROM ziet als iets wat wordt opgelegd om vergelijkings- en verantwoordingsinformatie te verkrijgen. Sommige respondenten geven daarbij aan dat ze wel eigen, zelfgekozen vragenlijsten gebruiken in hun dagelijkse zorgpraktijk, maar noemen dat geen ROM. Een andere verhoudingsgewijs vaak genoemde reden is niet zozeer negatief, maar heeft betrekking op het feit dat men op het punt staat om ROM te gaan gebruiken. Andere minder vaak genoemde redenen hebben weer voornamelijk betrekking op – in de ogen van de respondenten - negatieve aspecten van ROM (zie Tabel 3.9).

**Tabel 3.9** Reden(en) die 47 respondenten geven voor het niet gebruiken van ROM in de dagelijkse praktijk

<b>Reden voor geen ROM gebruik</b>	<b>Aantal keer genoemd</b>
Men ziet meerwaarde er niet van in, men heeft er geen behoefte, of zelfs een hekel aan en/of men vindt het geen zinvolle toevoeging	12
Er is weerstand tegen de verplichte aanlevering van ROM-gegevens als vergelijkings- en verantwoordingsinformatie (bv. privacygevoelig, voorgeschreven vragenlijsten). Als het niet hoeft (bv. als men geen contracten afsluit met een verzekeraar) doen ze het niet.	12
Men is er nog niet aan toegekomen, bv. als men pas kort geleden een eigen praktijk is gestart, maar men is wel van plan binnenkort te beginnen	10
Men heeft er geen tijd voor door andere drukke bezigheden en/of ziet het als een (administratieve) belasting	6
ROM interfereert met het behandelproces in psychotherapie en reduceert psychische problematiek tot symptomen	5
Te hoge kosten	5
Clënten ervaren het als een belasting	4
Men twijfelt over de bruikbaarheid, betrouwbaarheid en/of validiteit van ROM-vragenlijsten	4
Men gaat stoppen met praktijk	3
Men heeft nog geen besluit genomen om te gaan gebruiken	1
Men doet alleen voormetingen met vragenlijsten	1
Men weet niet wat dit is	1

### 3.3.3 Mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces: uitkomsten op de stellingen

Zoals hierboven besproken, geven veruit de meeste respondenten (N=417; 88,0%) aan ROM in ieder geval soms te gebruiken in de dagelijkse zorgpraktijk. Deze respondenten hebben de stellingen beantwoord die gaan over de verschillende elementen van een goede implementatie van ROM als ondersteuningsinstrument voor de dagelijkse zorgpraktijk. In Tabel 3.10 zijn de gemiddelde scores per stelling weergegeven. In de kolommen 'Min' en 'Max' is weergegeven welk percentage van de respondenten de laagst mogelijke score (1=helemaal oneens) heeft gegeven en welk percentage van de respondenten de hoogst mogelijke score (5=helemaal eens).

De respondenten geven in grote meerderheid aan dat zij hun cliënten informeren over ROM. Meer dan de helft (53,5%) geeft hiervoor de maximale score, wat aangeeft dat zij het 'helemaal eens' zijn met de stelling. Ook de gemiddelde score is hoog (4,3 op een schaal van 1 tot 5). Slechts een kleine minderheid (2,6%) geeft aan het 'helemaal oneens' te zijn met deze stelling. Zij informeren blijkbaar hun cliënten niet. Ook de stellingen dat men voldoende kennis heeft om ROM-scores te kunnen interpreteren en dat men ROM-scores terugkoppelt aan cliënten scores gemiddeld hoog. Respectievelijk 44% en 47% van de respondenten is het volledig eens met deze stellingen.

**Tabel 3.10** Gemiddelde scores op de stellingen over ROM in de dagelijkse zorgpraktijk en de percentages respondenten met een minimale score ('helemaal oneens') en een maximale score ('helemaal eens') (gesorteerd op gemiddelde score) (N=417) <sup>1</sup>

	<i>Stelling</i>	<i>Gem</i>	<i>% Min (1)</i>	<i>% Max (5)</i>
2	Ik informeer mijn cliënten over ROM	4,3	2,6	53,5
4	Ik heb voldoende kennis om ROM te kunnen interpreteren	4,0	3,6	43,9
6	Ik koppel de ROM-scores terug	3,8	13,9	46,8
15	De output is eenvoudig en aantrekkelijk	3,5	11,3	26,4
12	De vragenlijsten zijn valide en betrouwbaar	3,4	10,8	29,0
5	Ik gebruik de ROM-scores om het beloop te evalueren	3,4	16,5	27,1
1	ROM is voor mij belangrijk en nuttig	3,2	19,2	15,6
13	De vragenlijsten zijn geschikt voor meten van verandering	3,2	16,8	20,6
10	Mijn cliënten hebben een laagdrempelige toegang	3,0	26,9	26,9
3	Ik ben/word getraind in ROM	2,8	32,9	18,5
16	Cliënten krijgen begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling	2,8	23,5	11,8
7	Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan	2,7	32,6	11,3
14	De vragenlijsten zijn geschikt voor behandelplannen	2,6	26,4	9,1
11	Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn	2,6	23,5	3,8
8	Ik gebruik de ROM-scores om behandeling bij te stellen	2,6	31,7	9,4
9	Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal overleg	2,1	49,2	4,3
	Goede samenwerking behandelaar, patiënt, secretariaat <sup>2</sup>	3,2	15,5	20,0

<sup>1</sup> In de tabel worden de stellingen ingekort gepresenteerd. Zie Bijlage A7 voor de volledige formuleringen.

<sup>2</sup> Deze stelling is alleen voorgelegd in de versie voor praktijken met gedeelde faciliteiten (N=110), waar het stelling #15 was.

Vanaf de stelling over een laagdrempelige toegang (#10) is er sprake van meer tegenstrijdige meningen en is het percentage respondenten dat het 'helemaal oneens' is groter dan het percentage respondenten dat het 'helemaal eens' is. De gemiddelde score op de resterende stellingen zakt onder de 3,0, wat het 'neutrale' middenpunt van de schaal is (niet mee eens, niet mee oneens). Dit zijn vooral stellingen over het daadwerkelijk gebruik van ROM bij het evalueren en bijstellen van de behandeling, maar ook stellingen over de geschiktheid van de vragenlijsten, over de mate van training in het gebruik van ROM, en over de tevredenheid van de cliënten. Bijna een kwart van de respondenten (23,5%) geeft aan het helemaal oneens te zijn met de stelling dat cliënten tevreden zijn. De stelling over het gebruik van ROM in intercollegiaal overleg scoort het laagst: bijna de helft van de respondenten (49,2%) geeft aan het 'helemaal oneens' te zijn met deze stelling. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat in een solopraktijk weinig regulier intercollegiaal overleg plaatsvindt.

In zijn algemeenheid lijkt er nogal wat ruimte voor een betere implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk (bv. op slechts twee stellingen wordt gemiddeld hoger dan 4,0 gescoord, wat gelijk staat aan: 'een beetje eens'). Bij de helft van de stellingen zijn 25% of meer van de respondenten het 'helemaal oneens' met die

stelling, en de gemiddeld slechtst gescoorde stellingen, gaan juist over datgene waar ROM als klinisch ondersteuningsinstrument voor bedoeld is: met een tevreden cliënt aan de hand van toegankelijke en begrijpelijke uitkomsten de behandeling evalueren en eventueel bijstellen.

### 3.3.4 Mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces: schaalscores en totaalscore

#### ***Onderliggende dimensies: samenhang tussen de stellingen in de enquête***

Om te zien of de uitkomsten op bepaalde stellingen samen genomen kunnen worden tot een schaalscore, is een principale componenten analyse (PCA) uitgevoerd. Deze analyse is opgenomen in Bijlage B3. Op basis van de analyse kunnen vier schalen worden gevormd, alsook een totaalscore voor alle stellingen samen worden berekend. In de Tabel 3.11 staat aangegeven welke stellingen tot de schaal behoren. Bijvoorbeeld de schaal 'Gebruik en ervaren nut van ROM in de dagelijkse praktijk' is samengesteld uit zeven stellingen die sterk met elkaar samen hangen. Elke schaalscore is een gemiddelde van de scores op de stellingen, dus de schaalwaarden kunnen weer variëren van 1 tot 5.

**Tabel 3.11** Schalen samengesteld op basis van de stellingen in de enquête voor vrijgevestigden met een solopraktijk (al dan niet met gedeelde faciliteiten) <sup>1</sup>

<b>Schaal</b>	<b>Bestaat uit stellingen <sup>2</sup></b>
Gebruik en ervaren nut van ROM in de dagelijkse praktijk	1, 5, 6, 7, 8, 9, 11
Bruikbaarheid van de ROM vragenlijsten	12, 13, 14
Eigen kundigheid/kennis in het gebruik van ROM	2, 3, 4
Bruikbaarheid/toegankelijkheid van ROM voor de cliënt	10, 15, 16
Totaalscore	1 t/m 16

<sup>1</sup> Stelling #15 uit de enquêteversie voor vrijgevestigden die faciliteiten delen is niet in deze schalen opgenomen, omdat deze stelling alleen in deze versie voorkomt. Uitkomsten van deze stelling zijn te vinden in Tabel 3.10.

<sup>2</sup> Nummering verwijst naar de stellingen in de versie voor solopraktijken (16 stellingen).



### **Schaalscores en totaalscore**

In Tabel 3.12 is te zien dat de gemiddelde schaalscores variëren van 3,7 ('Eigen kundigheid/kennis in het gebruik van ROM') tot 2,9 ('Gebruik en ervaren nut van ROM in de dagelijkse praktijk'). De eerstgenoemde schaal krijgt verhoudingsgewijs duidelijk de hoogste gemiddelde score. De respondenten schatten hun competenties en vaardigheden om ROM in de dagelijkse praktijk te kunnen toepassen dus relatief hoog in, hoewel er gegeven de schaalscore van 3,7 in dit opzicht nog wel degelijk verbetering mogelijk lijkt te zijn. Op de drie andere schalen wordt rond het 'neutrale' schaal midden gescoord, wat erop wijst dat er op deze gebieden gemiddeld genomen nog meer ruimte voor verbetering bestaat.

**Tabel 3.12** Gemiddelde scores op de schalen (N=417)

<b>Schaal</b>	<b>Gemiddelde</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Kennis/kundigheid	3,7	1,0	5,0
Bruikbaarheid/toegankelijkheid voor cliënt	3,1	1,0	5,0
Bruikbaarheid ROM-vragenlijsten	3,1	1,0	5,0
Gebruik en ervaren nut van ROM	2,9	1,0	5,0
Totaal	3,2	1,0	5,0

Het blijkt dat ook de vier schaalscores een grote spreiding hebben; alle schaalwaarden worden benut (1 t/m 5), en ook de totaalscore doorloopt de gehele range. Dat betekent dat ook op de individuele schalen een deel van de respondenten heel hoog en een deel heel laag scoort. Bijvoorbeeld op de schaal 'Gebruik en ervaren nut van ROM in de dagelijkse praktijk' scoort 26,6% een 2,0 of lager tegen 20,1% een 4,0 of hoger. Het feit dat hele hoge en hele lage scores op de schalen worden bereikt, houdt niet in dat wanneer een respondent op één schaal en hoge score heeft, hij of zij ook op de andere schalen hoog scoort. Er is juist veel variatie. Slechts 11 respondenten (2,6%) scoren op alle schalen minimaal, en slechts 10 respondenten (2,4%) geven overal de maximale score. Daar tussenin zijn vrijwel alle mogelijke combinaties mogelijk. Het kan dus voorkomen dat een respondent op één schaal (heel) laag en op een andere heel hoog scoort. Het komt bijvoorbeeld voor dat een individuele respondent aangeeft dat de vragenlijsten bruikbaar zijn en dat de toegankelijkheid/bruikbaarheid van ROM voor de cliënt goed is, maar daarentegen aangeeft dat hij niet de benodigde kennis en kunde bezit om met ROM om te gaan, en (daardoor) ROM niet gebruikt ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk gebruikt en het niet nuttig vindt.

### 3.3.5 Hangt de mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk samen met scores op de stellingen, schaalscores en totaalscore?

In Tabel 3.13 zijn de scores op de stellingen en de schalen afgezet tegen de mate waarin de respondenten aangeven ROM in hun dagelijkse praktijk te gebruiken (soms – regelmatig – vaak – altijd). Zoals te zien in de laatste kolom, is er in bijna alle gevallen sprake van een significant verband.<sup>29</sup> Dit betekent dat hoe vaker de vrijgevestigde gebruik maakt van ROM in de dagelijkse praktijk, hoe hoger zijn/haar scores op de stellingen en schalen zijn. Anders gezegd: in het algemeen is er een sterk positief verband tussen de frequentie waarmee men ROM gebruikt en de mate waarin men aangeeft dat ROM geïmplementeerd is als ondersteuningsinstrument voor de dagelijkse zorgpraktijk.

In Tabel 3.13 is in *cursief* en in **vet** aangegeven waar precies de significante verschillen zitten. Bijvoorbeeld voor de stelling 'ROM is voor mij belangrijk en nuttig' zijn de scores van de respondenten die ROM 'soms' gebruiken significant lager dan de scores van de respondenten die ROM 'vaak' of 'altijd' gebruiken. Opgemerkt dient te worden dat de oordelen van de respondenten over de validiteit en bruikbaarheid van de vragenlijsten en de toegankelijkheid van de ROM-scores voor de cliënt (stellingen #10, #12, #13 en #16) niet significant samenhangen met de mate van gebruik van ROM.

---

<sup>29</sup> Getoetst met Oneway ANOVA's.

**Tabel 3.13** De relatie tussen scores op de stellingen en schalen en de mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk (N=417) <sup>1</sup>

		<b>Mate van gebruik ROM in dagelijkse zorgpraktijk</b>				
		<b>Soms</b>	<b>Regelmatig</b>	<b>Vaak</b>	<b>Altijd</b>	<b>p</b>
	<b>Items</b>					
1	ROM is voor mij belangrijk en nuttig	2,4	2,8	<b>3,3</b>	<b>3,5</b>	,000
2	Ik informeer mijn cliënten over ROM	3,9	4,2	<b>4,4</b>	<b>4,5</b>	,003
3	Ik ben/word getraind in ROM	2,4	2,7	2,7	<b>3,1</b>	,024
4	Ik heb voldoende kennis om te kunnen interpreteren	3,6	3,9	4,0	<b>4,3</b>	,004
5	Ik gebruik de ROM-scores om het beloop te evalueren	2,3	3,1	<b>3,6</b>	<b>3,8</b>	,000
6	Ik koppel de ROM-scores terug	2,5	3,6	4,0	<b>4,2</b>	,000
7	Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan	1,9	2,4	2,7	<b>3,0</b>	,000
8	Ik gebruik de ROM-scores om behandeling bij te stellen	1,7	2,4	2,6	<b>2,9</b>	,000
9	Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal overleg	1,5	<b>2,0</b>	<b>2,1</b>	<b>2,4</b>	,001
10	Mijn cliënten hebben een laagdrempelige toegang	2,8	2,9	3,1	3,2	
11	Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn	2,0	2,4	<b>2,7</b>	<b>2,8</b>	,000
12	De vragenlijsten zijn valide en betrouwbaar	3,1	3,4	3,5	3,6	
13	De vragenlijsten zijn geschikt voor meten van verandering	2,8	3,1	3,1	3,3	
14	De vragenlijsten zijn geschikt voor behandelpannen	2,1	2,5	<b>2,8</b>	<b>2,8</b>	,010
15	De output is eenvoudig en aantrekkelijk	2,8	3,3	<b>3,6</b>	<b>3,8</b>	,000
16	Cliënten krijgen begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling	2,4	2,7	2,8	2,9	
	Goede samenwerking behandelaar, patiënt, secretariaat <sup>2</sup>	2,6	3,1	3,2	3,5	
	<b>Schalen</b>					
	Gebruik en nut van ROM in de dagelijkse praktijk	2,0	2,7	<b>3,0</b>	<b>3,2</b>	,000
	Bruikbaarheid van de ROM vragenlijsten	2,7	3,0	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>	,050
	Eigen kundigheid/kennis in het gebruik van ROM	3,3	3,6	3,7	<b>4,0</b>	,000
	Bruikbaarheid/toegankelijkheid van ROM voor de cliënt	2,7	3,0	<b>3,2</b>	<b>3,3</b>	,002
	<b>Totaalscore</b>	2,7	3,1	3,2	<b>3,4</b>	,000

<sup>1</sup> In de tabel worden de stellingen ingekort gepresenteerd. Zie Bijlage A7 voor de volledige formuleringen.

<sup>2</sup> Deze vraag wordt alleen gesteld in de versie voor praktijken met gedeelde faciliteiten (N=126).

### 3.3.6 Univariate analyses: welke achtergrondkenmerken van de respondenten hangen samen met de scores op de stellingen, schaalscores en totaalscore?

#### **Univariate analyses**

In deze paragraaf wordt gekeken naar *univariate* verbanden, oftewel naar de relatie van één achtergrondkenmerk (beroepsgroep, zorgdomein, echelon, etc.) met de score op een stelling, een schaalscore of totaalscore. Er wordt dus geen rekening gehouden met de onderlinge samenhang tussen verschillende achtergrondkenmerken.

### Beroepsgroep

In Tabel 3.14 is te zien dat de scores op de helft van de stellingen samenhangen met beroepsgroep.<sup>30</sup> Daarbij varieert het per stelling welke beroepsgroepen significant van elkaar verschillen. Doorgaans scoren de psychiaters en/of de psychotherapeuten lager op de stellingen dan de klinisch psychologen en/of de GZ-psychologen. Zo vinden de psychiaters en de psychotherapeuten ROM minder belangrijk en nuttig als aanvulling op hun eigen klinisch oordeel dan de GZ-psychologen. Een ander voorbeeld is dat de psychiaters en de psychotherapeuten ROM-scores minder vaak dan de klinisch psychologen en de GZ-psychologen gebruiken om samen met de cliënt te bepalen hoe verder te gaan. Ook vinden

**Tabel 3.14** De relatie tussen scores op de stellingen en schalen en beroepsgroep (N=416)

1

	<i>Beroepsgroep</i>				
	<i>Psy- chi- ater</i>	<i>Psy- cho- thera- peut</i>	<i>Klin- isch psy- cho- loog</i>	<i>GZ- psy- cho- loog</i>	<i>p</i>
<b>Items</b>					
1 ROM is voor mij belangrijk en nuttig	3,0	3,0	3,2	<b>3,6</b>	,002
2 Ik informeer mijn cliënten over ROM	4,2	4,4	4,6	4,3	
3 Ik ben/word getraind in ROM	2,5	2,8	3,3	2,7	
4 Ik heb voldoende kennis om te kunnen interpreteren	3,9	4,0	4,4	4,0	
5 Ik gebruik de ROM-scores om het beloop te evalueren	2,7	<b>3,3</b>	<b>3,8</b>	<b>3,6</b>	,000
6 Ik koppel de ROM-scores terug	3,5	3,8	4,0	3,8	
7 Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan	2,5	2,5	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	,006
8 Ik gebruik de ROM-scores om behandeling bij te stellen	2,4	2,5	2,8	2,7	
9 Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal overleg	1,9	2,0	<b>2,6</b>	2,3	,035
10 Mijn cliënten hebben een laagdrempelige toegang	2,5	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>	<b>3,2</b>	,022
11 Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn	2,5	2,5	2,7	2,7	
12 De vragenlijsten zijn valide en betrouwbaar	3,5	3,2	<b>3,9</b>	3,6	,000
13 De vragenlijsten zijn geschikt voor meten van verandering	3,1	2,8	3,3	<b>3,7</b>	,000
14 De vragenlijsten zijn geschikt voor behandelplannen	2,5	2,4	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	,001
15 De output is eenvoudig en aantrekkelijk	3,6	3,5	3,6	3,6	
16 Cliënten krijgen begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling	2,6	2,8	2,6	2,9	
Goede samenwerking behandelaar, patiënt, secretariaat <sup>2</sup>	3,2	3,4	<b>4,4</b>	2,8	,026
<b>Schalen</b>					
Gebruik en nut van ROM in de dagelijkse praktijk	2,6	2,8	<b>3,2</b>	<b>3,1</b>	,015
Bruikbaarheid van de ROM vragenlijsten	3,0	2,8	3,3	<b>3,5</b>	,000
Eigen kundigheid/kennis in het gebruik van ROM	3,5	3,7	4,1	3,7	
Bruikbaarheid/toegankelijkheid van ROM voor de cliënt	2,9	3,1	3,2	3,2	
<b>Totaalscore</b>	<b>3,0</b>	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>	<b>3,4</b>	,002

<sup>1</sup> In de tabel worden de stellingen ingekort gepresenteerd. Zie Bijlage A7 voor de volledige formuleringen.

<sup>2</sup> Deze vraag wordt alleen gesteld in de versie voor praktijken met gedeelde faciliteiten (N=126).

<sup>30</sup> Getoetst met Oneway ANOVA's.

de psychiaters en de psychotherapeuten ROM-vragenlijsten verhoudingsgewijs minder geschikt voor het opstellen en evalueren van behandelplannen.

Op schaalniveau hangen de scores op twee schalen significant samen met beroepsgroep. Hierbij komt hetzelfde patroon als bij de stellingen naar voren: de psychiaters en/of de psychotherapeuten hebben een significant negatiever oordeel over het gebruik en het nut van ROM in de dagelijkse praktijk en over de bruikbaarheid van de ROM vragenlijsten dan de klinisch psychologen en/of GZ-psychologen. Kijkend naar de totaalscore, halen de psychiaters een significant lagere score dan de klinisch psychologen en GZ-psychologen.

Opgemerkt dient te worden dat de gevonden verschillen tussen beroepsgroepen te maken kunnen hebben met de verschillen qua echelon en/of cliëntgroep (zie paragraaf 3.3.1). Zo behandelt het merendeel van de GZ-psychologen hoofdzakelijk volwassenen met kortdurende problematiek in de generalistische Basis-GGZ, terwijl de psychiaters en de psychotherapeuten vaak werkzaam zijn in de gespecialiseerde GGZ en (ook) hulp bieden aan volwassenen met langdurende problematiek. In hoeverre de onderlinge verbanden tussen beroepsgroep, zorgdomein en echelon van invloed zijn, wordt in de volgende paragraaf besproken aan de hand van de uitkomsten van zogeheten *multivariate* analyses. Eerst wordt nog gekeken naar de relaties van respectievelijk zorgdomein en echelon met de scores op de stellingen en de schalen (*univariate* verbanden).

### **Zorgdomein**

Zoals te zien in Tabel 3.15 bestaan er relaties tussen zorgdomein en de scores op verscheidene stellingen.<sup>31</sup> De respondenten die hoofdzakelijk hulp bieden aan volwassenen met langdurende problematiek vinden ROM minder belangrijk en nuttig als aanvulling op het eigen klinisch oordeel dan de respondenten die (ook) andere cliënten bedienen. De respondenten die voornamelijk werken in het zorgdomein Volwassenen Lang bepalen verhoudingsgewijs ook minder vaak samen met de cliënt hoe verder te gaan aan de hand van de ROM-scores. De respondenten die met name kortdurende behandeling aan volwassenen geven waarderen de bruikbaarheid van ROM-vragenlijsten voor het primaire proces significant hoger dan de respondenten die (ook) aan andere cliënten hulp bieden.

Kijkend naar de subgroep met degenen die faciliteiten delen en die een extra stelling kregen (N=126), blijkt dat degenen met een gemengde praktijk (Kinderen en Jeugd en Volwassenen) de samenwerking tussen behandelaar, cliënt en secretariaat positiever beoordelen dan de anderen.

---

<sup>31</sup> Getoetst met Oneway ANOVA's.

Op schaalniveau hangen de scores op twee schalen significant samen met zorgdomein. De respondenten die voornamelijk langdurende zorg aan volwassenen geven zijn minder positief over het gebruik en nut van ROM in de dagelijkse praktijk dan de respondenten die vooral in aanraking komen met volwassenen met kortdurende problematiek. Deze laatste groep waardeert de bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten ook positiever dan de respondenten die (ook) aan andere cliënten hulp verlenen.

**Tabel 3.15** De relatie tussen scores op de stellingen en schalen en zorgdomein (N=416) <sup>1</sup>

		<i>Zorgdomein</i>				
		<i>Volw lang</i>	<i>Volw kort</i>	<i>Volw lang &amp; kort</i>	<i>K&amp;J en Volw</i>	<i>p</i>
<b>Items</b>						
1	ROM is voor mij belangrijk en nuttig	2,7	<b>3,4</b>	<b>3,2</b>	<b>3,3</b>	,008
2	Ik informeer mijn cliënten over ROM	4,5	4,3	4,2	4,3	
3	Ik ben/word getraind in ROM	3,0	2,8	2,8	2,6	
4	Ik heb voldoende kennis om te kunnen interpreteren	4,0	4,0	4,0	4,0	
5	Ik gebruik de ROM-scores om het beloop te evalueren	3,2	3,6	3,4	3,3	
6	Ik koppel de ROM-scores terug	3,7	3,8	3,8	3,8	
7	Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan	2,2	<b>2,9</b>	<b>2,7</b>	<b>2,8</b>	,006
8	Ik gebruik de ROM-scores om behandeling bij te stellen	2,2	2,6	2,7	2,7	
9	Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal overleg	1,8	2,2	2,2	2,1	
10	Mijn cliënten hebben een laagdrempelige toegang	3,0	2,9	3,2	3,0	
11	Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn	2,4	2,7	2,6	2,6	
12	De vragenlijsten zijn valide en betrouwbaar	3,2	<b>3,9</b>	3,3	3,4	,000
13	De vragenlijsten zijn geschikt voor meten van verandering	2,8	<b>3,7</b>	3,1	3,2	,000
14	De vragenlijsten zijn geschikt voor behandelplannen	2,3	<b>3,0</b>	2,6	2,5	,005
15	De output is eenvoudig en aantrekkelijk	3,3	3,7	3,6	3,4	
16	Cliënten krijgen begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling	2,8	2,7	2,7	2,9	
	Goede samenwerking behandelaar, patiënt, secretariaat <sup>2</sup>	3,5	2,8	<b>3,5</b>	2,9	,019
<b>Schalen</b>						
	Gebruik en nut van ROM in de dagelijkse praktijk	2,6	<b>3,0</b>	2,9	2,9	,049
	Bruikbaarheid van de ROM vragenlijsten	2,8	<b>3,6</b>	3,0	3,0	,000
	Eigen kundigheid/kennis in het gebruik van ROM	3,8	3,7	3,7	3,7	
	Bruikbaarheid/toegankelijkheid van ROM voor de cliënt	3,1	3,1	3,2	3,1	
	<b>Totaalscore</b>	3,1	3,3	3,2	3,2	

<sup>1</sup> In de tabel worden de stellingen ingekort gepresenteerd. Zie Bijlage A7 voor de volledige formuleringen.

<sup>2</sup> Deze vraag wordt alleen gesteld in de versie voor praktijken met gedeelde faciliteiten (N=126).

## **Echelon**

In Tabel 3.16 zijn de significante verbanden tussen item- en schaalscores en het echelon weergegeven<sup>32</sup>. Gezien de verdeling van beroepsgroepen over de echelons komen de uitkomsten grotendeels overeen met die voor de beroepsgroepen.

Met uitzondering van de extra stelling over de samenwerking, scoren de respondenten die (voornamelijk) werkzaam zijn in de generalistische basis-GGZ (dus voornamelijk GZ-psychologen) ten opzichte van de andere respondenten het hoogst op acht van de 16 stellingen. Hetzelfde geldt voor de schaalscores en de totaalscore, met uitzondering van de schaal 'Eigen ervaren kennis en kundigheid'. Daarop heeft het echelon waarin een respondent (vooral) werkzaam is geen invloed.

**Tabel 3.16** De relatie tussen scores op de stellingen en schalen en echelon (N=416) <sup>1</sup>

		<i>Echelon</i>			<i>p</i>
		<i>Gen. basis GGZ</i>	<i>Spec. GGZ</i>	<i>Beide</i>	
<b>Items</b>					
1	ROM is voor mij belangrijk en nuttig	<b>3,6</b>	3,0	3,1	,000
2	Ik informeer mijn cliënten over ROM	4,3	4,3	4,0	
3	Ik ben/word getraind in ROM	2,7	2,8	3,2	
4	Ik heb voldoende kennis om te kunnen interpreteren	4,0	4,0	4,0	
5	Ik gebruik de ROM-scores om het beloop te evalueren	<b>3,7</b>	3,3	3,0	,013
6	Ik koppel de ROM-scores terug	3,8	3,8	3,9	
7	Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan	<b>3,0</b>	2,5	2,6	,003
8	Ik gebruik de ROM-scores om behandeling bij te stellen	2,8	2,5	2,7	
9	Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal overleg	<b>2,3</b>	2,0	2,3	,015
10	Mijn cliënten hebben een laagdrempelige toegang	<b>3,2</b>	<b>3,1</b>	2,4	,044
11	Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn	2,8	2,5	2,4	
12	De vragenlijsten zijn valide en betrouwbaar	<b>4,0</b>	3,3	3,2	,000
13	De vragenlijsten zijn geschikt voor meten van verandering	<b>3,8</b>	2,9	3,0	,000
14	De vragenlijsten zijn geschikt voor behandelplannen	<b>3,1</b>	2,5	2,6	,000
15	De output is eenvoudig en aantrekkelijk	3,7	3,5	3,4	
16	Cliënten krijgen begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling	2,9	2,7	2,5	
	Goede samenwerking behandelaar, patiënt, secretariaat <sup>2</sup>	2,7	3,4	<b>3,7</b>	,012
<b>Schalen</b>					
	Gebruik en nut van ROM in de dagelijkse praktijk	<b>3,1</b>	2,8	2,9	,010
	Bruikbaarheid van de ROM vragenlijsten	<b>3,6</b>	2,9	2,9	,000
	Eigen kundigheid/kennis in het gebruik van ROM	3,7	3,7	3,7	
	Bruikbaarheid/toegankelijkheid van ROM voor de cliënt	<b>3,3</b>	3,1	2,8	,049
	<b>Totaalscore</b>	<b>3,4</b>	3,1	3,1	,010

<sup>1</sup> In de tabel worden de stellingen ingekort gepresenteerd. Zie Bijlage A7 voor de volledige formuleringen.

<sup>2</sup> Deze vraag wordt alleen gesteld in de versie voor praktijken met gedeelde faciliteiten (N=126).

<sup>32</sup> Getoetst met Oneway ANOVA's.

### ***Uren praktijkvoering, leeftijd en geslacht***

Het aantal uren praktijkvoeren, en de leeftijd en het geslacht van de respondenten bleken niet samen te hangen met de scores op de stellingen en schalen over de mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces.

### **3.3.7 Multivariate analyse: welke achtergrondkenmerken van de respondenten hangen samen met de scores op de stellingen, schaalscores en totaalscore?**

Hierboven is telkens naar een *univariaat* verband gekeken, oftewel naar de relatie van één achtergrondkenmerk met de score op een stelling of een schaal. In deze analyses is geen rekening gehouden met de onderlinge relaties tussen beroepsgroep, zorgdomein en echelon, etc., terwijl deze kernmerken met elkaar samenhangen. Wanneer in multivariate analyses rekening wordt gehouden met de onderlinge relaties tussen achtergrondkenmerken, blijken nagenoeg alle effecten van beroepsgroep, cliëntgroep en echelon weg te vallen. Er resteert alleen een relatie tussen score op schaal 2 en beroepsgroep: psychiaters beoordelen de bruikbaarheid van ROM-vragenlijsten lager dan klinisch psychologen, rekening houdend met de invloed van de andere achtergrondkenmerken.

Uit de multivariate analyses blijkt ook dat de achtergrondkenmerken van de respondenten maar een klein tot zeer klein deel van de spreiding in de schaalscores en totaalscore verklaren. Slechts 5-13% van de variantie op de schaal- en totaalscores wordt uit de achtergrondkenmerken verklaard. Blijkbaar zijn andere (niet gemeten) factoren van (veel) groter belang.



### 3.4 Uitkomsten onder vrijgevestigden werkzaam in een groepspraktijk

#### 3.4.1 Achtergrondkenmerken

##### *Leeftijd en geslacht*

Ruim driekwart van de respondenten (76,9%) is ouder dan 45 jaar, en iets meer dan de helft is vrouw (Tabel 3.18).

**Tabel 3.18** Verdeling leeftijd en geslacht respondenten

<b>Leeftijd</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
25-34	5	7,7
35-44	10	15,4
45-54	17	26,2
55-64	25	38,5
65 >	8	12,3
<b>Geslacht</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Man	30	46,2
Vrouw	35	53,8

##### *Praktijkgrootte*

Ruim de helft (55,4%) van de respondenten werkt (vrijwel) fulltime in de praktijk en 89,2% voert ten minste drie dagen in de week praktijk (Tabel 3.19).

**Tabel 3.19** Aantal dagen werkzaam in praktijk

<b>Praktijkgrootte</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< 1 dag	1	1,5
1-2 dagen	1	1,5
2-3 dagen	5	7,7
3-4 dagen	22	33,8
4 > dagen	36	55,4

##### *Beroepsgroep en echelon*

Respondenten waren voornamelijk psychotherapeuten (47,7%) en GZ-psychologen (33,8%), en minder vaak psychiater of klinisch psycholoog (Tabel 3.20). Circa een derde (33,8%) van de respondenten werkt met name in de generalistische Basis-GGZ (en dit zijn bijna alle GZ-psychologen), terwijl ruim de helft (56,9%) voornamelijk werkzaam is in de gespecialiseerde GGZ (bijna alle psychiaters, psychotherapeuten en klinisch psychologen). Groepspraktijken die beide echelons bedienen komen weinig voor.

**Tabel 3.20** Verdeling beroepsgroepen (%) per echelon

	<i>Psychiater</i>	<i>Psycho- therapeut</i>	<i>Klinisch psycholoog</i>	<i>GZ- psycholoog</i>	<i>Totaal</i>
Generalistische Basis-GGZ	0 (0,0)	2 (6,5)	1 (25,0)	19 (86,4)	22
Gespecialiseerde GGZ	7 (87,5)	25 (80,6)	3 (75,0)	2 (9,1)	37
(Grofweg) gelijkelijk verdeeld over beide settings	1 (12,5)	4 (12,9)	0 (0,0)	1 (4,5)	6
Totaal	8	31	4	22	65

**Beroepsgroep en zorgdomein**

De meeste psychotherapeuten (54,8%) behandelen in hoofdzaak volwassenen met zowel kort- als langdurende problematiek, terwijl de meeste GZ-psychologen (50,0%) vooral hulp bieden aan volwassenen met kortdurende problematiek (Tabel 3.21).

**Tabel 3.21** Verdeling beroepsgroepen per zorgdomein (%)

	<i>Psychiater</i>	<i>Psycho- therapeut</i>	<i>Klinisch psycholoog</i>	<i>GZ- psycholoog</i>	<i>Totaal</i>
Volwassenen Lang	2 (25,0)	5 (16,1)	1 (25,0)	0 (0,0)	8
Volwassenen Kort	2 (25,0)	2 (6,5)	1 (25,0)	11 (50,0)	16
Volwassenen Kort + Lang	1 (12,5)	17 (54,8)	0 (0,0)	3 (13,6)	21
Kinderen en Jeugd + Volwassenen Kort en/of Lang	1 (12,5)	7 (22,6)	2 (50,0)	8 (36,4)	20
Totaal	8	31	4	22	65

**3.4.2 Voorvraag: mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk**

Vrijwel alle respondenten (95,4%) geven aan ROM ten minste soms in hun dagelijkse zorgpraktijk te gebruiken (Tabel 3.22). De grote meerderheid (86,2%) geeft aan dit ten minste op regelmatige basis te doen; een kwart (26,6%) zegt ROM bij alle cliënten te gebruiken. De drie vrijgevestigden (4,6%) die ROM niet in hun dagelijkse zorgpraktijk toepassen, geven allen aan dat zij bezig zijn dit in te voeren.

**Tabel 3.22** Mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk

	<b>N</b>	<b>%</b>
Nooit	3	4,6
Soms	6	9,2
Regelmatig	11	16,9
Vaak	28	43,1
Altijd	17	26,2
Totaal	65	100,0

### 3.4.3 Mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces: uitkomsten op de stellingen

Tabel 3.23 presenteert de gemiddelde scores van de 62 respondenten<sup>33</sup> op de stellingen over de mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces. In de kolommen 'Min' en 'Max' is weergegeven welk percentage van de respondenten de laagst mogelijke score (1=helemaal oneens) heeft gegeven en welk percentage van de respondenten de hoogst mogelijke score (5=helemaal eens).

De respondenten geven gemiddeld de hoogste scores op de stellingen dat zij voldoende kennis hebben om ROM te kunnen interpreteren en dat zij hun cliënten over ROM informeren. Respectievelijk ruim 50% en ruim 40% van de respondenten is het volledig eens met deze stellingen. Ook op de stelling dat ROM-uitkomsten worden teruggekoppeld aan cliënten wordt een relatief hoge gemiddelde score behaald, waarbij opgemerkt dat minder dan een kwart van de respondenten het volledig eens is met deze stelling. Het valt op dat voor elk van de drie hoogst scorende stellingen geldt dat een deel van de respondenten (variërend van 8,1% tot 9,7%) een minimale score geeft.

Vooraf vanaf de stelling over het getraind zijn/worden in ROM (#10) is er sprake van meer tegengestelde meningen en neemt het percentage respondenten dat het 'helemaal oneens' is met een stelling substantieel toe. De gemiddelde scores op de 12 resterende stellingen zakken onder het schaal midden (3,0), de neutrale score 'niet mee eens, niet mee oneens'. Minimaal een kwart tot bijna de helft van de respondenten is het 'helemaal oneens' met deze stellingen. De stellingen waarop gemiddeld de laagste scores worden behaald hebben betrekking op het gebruik van ROM in teamverband of intercollegiaal overleg, het gebruik

---

<sup>33</sup> De stellingen zijn niet voorgelegd aan de drie respondenten die ROM nog niet gebruiken in hun dagelijkse praktijk.

**Tabel 3.23** Gemiddelde scores op de stellingen over ROM in de dagelijkse zorgpraktijk en de percentages respondenten met een minimale score ('helemaal oneens') en een maximale score ('helemaal eens') (gesorteerd op gemiddelde score) (N=62) <sup>1</sup>

		<b>Gem</b>	<b>% Min (1)</b>	<b>% Max (5)</b>
3	Ik heb voldoende kennis om ROM te kunnen interpreteren	4,3	8,1	54,8
2	Ik informeer mijn cliënten over ROM	3,9	9,7	43,5
5	Ik koppel de ROM-scores terug	3,6	8,1	24,2
12	Onze cliënten hebben een laagdrempelige toegang	3,4	17,7	33,9
18	De vragenlijsten zijn valide en betrouwbaar	3,3	17,7	27,4
21	De output is eenvoudig en aantrekkelijk	3,3	17,7	19,4
15	Behandelaars, secretariaat en cliënten werken samen	3,2	17,7	21,0
11	Wij gebruiken ROM-scores om behandeling bij te stellen	3,1	14,5	9,7
19	De vragenlijsten zijn geschikt voor meten van verandering	3,0	24,4	17,7
10	Wij zijn/worden getraind in ROM	3,0	19,4	14,5
17	Management bewaakt kwaliteit	2,9	32,3	21,0
4	Ik gebruik de ROM-scores om het beloop te evalueren	2,8	25,8	11,3
13	ROM-afname gekoppeld aan beslismomenten	2,8	30,6	14,5
22	Cliënten krijgen begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling	2,7	29,0	8,1
1	ROM is voor mij belangrijk en nuttig	2,6	30,6	11,3
20	De vragenlijsten zijn geschikt voor evaluatie behandelplannen	2,5	33,9	6,5
7	Ik gebruik de ROM-scores om behandeling bij te stellen	2,2	37,1	6,5
8	Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal overleg	2,2	41,9	1,6
9	Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn	2,2	37,1	4,8
6	Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan	2,2	41,9	6,5
16	ROM-scores worden in team gebruikt om van te leren	2,2	41,9	8,1
14	ROM-scores gebruikt in multidisciplinaire overleggen	2,1	48,4	3,2

<sup>1</sup> In de tabel worden de stellingen ingekort gepresenteerd. Zie Bijlage A7 voor de volledige formuleringen.

van ROM-scores om gezamenlijk met de patiënt te bepalen hoe verder te gaan en de tevredenheid van de cliënten over het gebruik van ROM voor het evalueren en bijstellen van hun behandeling. Deze resultaten wijzen erop dat bij vrijgevestigden werkzaam in een groepspraktijk er volop ruimte lijkt te bestaan om de implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk te verbeteren.

De verdeling van hoog en laag scorende stellingen bij de vrijgevestigden werkzaam in een groepspraktijk is overigens grotendeels overeenkomstig met die van vrijgevestigden met een solopraktijk, op de stellingen die aan beide groepen zijn voorgelegd (paragraaf 3.3.3).

### 3.4.4 Mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces: schaalscores en totaalscore

#### ***Onderliggende dimensies: samenhang tussen de stellingen in de enquête***

Om te zien of de uitkomsten op bepaalde stellingen samen genomen kunnen worden tot een schaalscore, is een principale componenten analyse (PCA) uitgevoerd. Deze analyse is opgenomen in Bijlage B4. Er kunnen vier schalen worden onderscheiden, alsook een totaalscore voor alle stellingen samen worden berekend. Tabel 3.24 geeft aan welke stellingen tot welke schaal behoren. Bijvoorbeeld de schaal 'Gebruik en nut van ROM in de dagelijkse praktijk' is samengesteld uit negen stellingen die sterk met elkaar samen hangen. Elke schaalscore is een gemiddelde van de scores op de stellingen, dus de schaalwaarden kunnen weer variëren van 1 tot 5.

Deze schalen zijn overigens niet vergelijkbaar met de schalen die bij de respondenten met een solopraktijk konden worden onderscheiden, onder meer omdat zij meer stellingen omvatten. Een uitzondering vormt de schaal 'Gebruik en nut van ROM in dagelijkse praktijk' die inhoudelijk in redelijke mate overeenstemt met de schaal die dezelfde benaming kreeg bij de respondenten met een solopraktijk.

**Tabel 3.24** Schalen samengesteld op basis van de stellingen in de enquête voor vrijgevestigden werkzaam in groepspraktijken

<b>Schaal</b>	<b>Bestaat uit stellingen <sup>1</sup></b>
Gebruik en ervaren nut van ROM in de dagelijkse praktijk	1, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 16, 20
Organisatorische randvoorwaarden	10, 12, 15, 17
Bruikbaarheid/toegankelijkheid van ROM	18, 19, 21, 22
Met de cliënt de ROM-scores bespreken	2, 4, 5, 11
Totaalscore	1 t/m 22

<sup>1</sup> Nummering verwijst naar de 22 stellingen in de enquêteversie voor vrijgevestigden werkzaam in een groepspraktijk. Stelling #3 (Ik heb voldoende kennis om ROM te kunnen interpreteren) kon niet in één van de schalen worden ondergebracht.

In Tabel 3.25 wordt per schaal de gemiddelde score van alle respondenten gepresenteerd, en de laagste en hoogste score die wordt behaald door één of meer respondenten. De grote spreiding in scores geeft aan dat op alle schalen heel verschillend is geantwoord. De gemiddelde schaalscores zijn laag en komen voor drie schalen maar net boven het neutrale schaal midden uit (3,0). Het gebruik en ervaren nut van ROM in de dagelijkse praktijk wordt zelfs ruim onder het schaal midden beoordeeld, wat erop wijst dat een meerderheid het (een beetje of helemaal) oneens is met de negen stellingen behorend bij deze schaal.

Opgemerkt dient te worden dat er sprake is van variatie onder respondenten wat betreft het 'scorepatroon' op de vier schalen. Een lage score op een schaal hoeft dus niet te betekenen dat de respondent ook laag scoort op de andere schalen.

**Tabel 3.25** Gemiddelde scores op de schalen (N=62)

Schaal	Gemiddelde	Minimum	Maximum
Met cliënt bespreken	3,4	1,0	5,0
Bruikbaarheid/toegankelijkheid	3,1	1,0	4,8
Organisatorische randvoorwaarden	3,1	1,0	5,0
Gebruik en nut	2,3	1,0	5,0
Totaal	3,0	1,3	4,7

### 3.4.5 Welke factoren hangen samen met de scores op de stellingen, schaalscores en totaalscore?

Nagegaan is of de scores van de respondenten op de stellingen en schalen samenhangen met de mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk en achtergrondkenmerken (beroepsgroep, echelon, etc.). Er blijkt geen sprake te zijn van duidelijke verbanden, zowel op het niveau van de stellingen als op schaalniveau. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat het gegevens betrof van 'slechts' 62 vrijgevestigden werkzaam in een groepspraktijk. Er is dus sprake van een beperkte 'statistische power', waardoor eventuele verbanden tussen variabelen minder snel zichtbaar worden. Dit probleem speelde niet bij de analyses van de vrijgevestigden met een solopraktijk, die gebaseerd waren op 474 casussen.

### 3.5 De open slotvraag

De enquête werd afgerond met een open vraag: *'Mist u nog iets in deze vragenlijst, of heeft u nog opmerkingen en tips? Dan kunt u dit hieronder aangeven'*. In totaal 186 respondenten (34,1%) hebben inhoudelijk geantwoord. Sommige respondenten hebben meer dan één opmerking gemaakt, resulterend in totaal 297 opmerkingen. Op een enkele uitzondering na, betroffen het opmerkingen over ROM en opmerkingen over de enquête zelf. De opmerkingen zijn gerubriceerd in 17 categorieën (Tabel 3.26).

#### **Opmerkingen over ROM**

Opmerkelijk is dat veel van deze respondenten ROM zien als iets dat moet en niet als een hulpmiddel voor de eigen praktijk. Ondanks dat in de enquête uitdrukkelijk is aangegeven dat naar ROM in de eigen dagelijkse praktijk wordt gevraagd, maken veel respondenten blijkbaar toch de koppeling met de ROM ten behoeve voor de landelijke verantwoording. Ze geven aan dat zij ROM gebruiken omdat het moet van de verzekeraars. Er wordt geklaagd dat de door Stichting Benchmark GGZ (SBG) voorgeschreven vragenlijsten niet

valide en/of bruikbaar zijn in het primaire proces en dat de afname daarvan geen meerwaarde heeft in een behandeling (Tabel 3.26). Vooral de behandelaars die aangeven dat zij inzichtgevende therapie geven (zoals psychoanalyse) vinden dit. ROM reduceert in hun ogen de cliënt tot een verzameling symptomen, wat afbreuk doet aan de realiteit. Een meting is volgens hen maar een momentopname, en de uitkomsten zeggen niets. Zij en ook andere respondenten geven daarbij aan dat een slechtere score niet per se betekent dat het slechter gaat, en dat het juist een teken van vooruitgang kan zijn. Plichtmatig gebruik van ROM levert volgens hen niets op en kan volgens sommigen zelfs schadelijk zijn voor de therapeutische relatie. Cliënten zouden het belastend vinden en kunnen er wantrouwend van worden. Sommige respondenten geven ook aan dat het toepassen van ROM duur en tijdrovend is en belastend voor henzelf. Het aanleveren van gegevens verloopt ook niet altijd soepel en er zijn soms problemen met de interpretatie van de output ("Het zegt niets"). Hoewel er wel kritiek op de lijsten uit de SBG set die bedoeld zijn voor de landelijke verantwoording (met name de OQ-45 wordt hier genoemd), gebruiken slechts enkele respondenten (ook) 'eigen' zelfgekozen vragenlijsten.

Al met al heeft dus ongeveer een derde van de respondenten kritiek op ROM, gezien de antwoorden op de open vraag. Slechts een enkele opmerking heeft een positieve inhoud, bijvoorbeeld dat het werken met Telepsy prettig is. Er is ook wantrouwen ten aanzien van de verzekeraars die volgens sommigen te veel macht naar zich toetrekken, door steeds meer eisen te stellen aan het aanleveren van gegevens.

**Tabel 3.26** Gerubriceerde antwoorden (N=297) op de open slotvraag, beantwoord door 186 respondenten

<b>Opmerkingen over ROM</b>	<b>N</b>
Vragenlijsten zijn niet valide, ongeschikt, niet relevant	50
ROM heeft geen meerwaarde voor de behandeling	49
Alleen omdat het moet van de verzekeraars, anders niet	24
ROM is slecht voor de therapeutische relatie	17
Gebruikt (ook) eigen vragenlijsten en/of ROM-methode	16
ROM is duur en tijdrovend	14
Belastend voor behandelaar (administratieve druk)	13
Problemen met het ROM-systeem	12
Problemen met output en interpretatie	12
Negatieve rol verzekeraars	11
ROM als benchmarking	10
Ongeschikt voor kinderen en jeugd	8
Diversen	10
<b>Totaal</b>	<b>246</b>
<b>Opmerkingen over de enquête</b>	<b>N</b>
Inhoud enquête	22
Welke vragen missen	21
Vraagstelling en categorieën	8
<b>Totaal</b>	<b>51</b>

### **Opmerkingen over de enquête**

Opmerkingen over de enquête zelf betroffen (in volgorde van meest genoemd): 1) de inhoud van de enquête, 2) de vragen die werden gemist en 3) de formulering van de vragen en antwoordcategorieën (liever 7-puntschaal, geen antwoordcategorie voor neuropsycholoog, andere beroepsverenigingen, ed.). Wat betreft de inhoud van de enquête, gaven 12 respondenten aan dat zij enquêtevragen over het ROM-systeem niet goed konden beantwoorden, omdat zij geen digitaal systeem gebruiken, maar papieren vragenlijsten. Ook de vragen over tussentijds evalueren waren voor sommige respondenten moeilijk te beantwoorden, omdat ze doorgaans maar vijf sessies hebben met hun cliënten en daarom alleen een voor- en nameting doen. Meer inhoudelijk waren de opmerkingen over nut en onnut van ROM. Daar had volgens een aantal respondenten meer aandacht aan mogen worden besteed in de enquête. Acht keer werd het ontbreken van een vraag over eigen, zelfgekozen vragenlijsten die men voor ROM in de dagelijkse praktijk gebruikt (en een discussie daarover) in de enquête gemist. Verder miste men vragen over de kosten en verplichtingen ten aanzien van de verzekeraars en de kwaliteit van het ROM-portaal.



### ***Kenmerken van respondenten met kritische opmerkingen***

Ondanks de soms geringe aantallen opmerkingen, blijkt uit de enquête zelf dat degenen die kritische opmerkingen maken op een aantal punten significant lager scoren dan de anderen. Kijkend naar de vrijgevestigden met een solopraktijk (al dan niet faciliteiten delend met collega's), blijken de respondenten die één of meer kritische opmerkingen hebben gemaakt over ROM<sup>34</sup> lager te scoren op de schalen 'Gebruik en nut van ROM in de dagelijkse praktijk', 'Bruikbaarheid van de ROM vragenlijsten' en op de totaalscore dan degenen die geen kritische opmerkingen hebben. Voor de (kleinere) groep vrijgevestigden in een groepspraktijk geldt dit minder. Zij scoren alleen lager op 'Gebruik en nut van ROM in de dagelijkse praktijk', wanneer men ROM beschouwt als een verplichting, zonder meerwaarde en duur.

Van de 60 vrijgevestigden met een hoge gemiddelde totaalscore ( $\geq 4,0$ ) op de enquête hebben er 16 (26,7%) een opmerking geplaatst. Daarvan gingen er zeven over de enquête (over vragen die gemist werden, of over de gehanteerde antwoordcategorieën), drie over de lastige aanlevering aan het ROM-portal, en waren er twee algemeen (ga binnenkort stoppen met de praktijk, gebruik ook andere vragenlijst). Slechts vier opmerkingen waren kritisch van aard ten aanzien van ROM (discutabele rol verzekeraars, belastend voor de cliënt, gevoel van dwang, en validiteit vragenlijsten). Bij de 'goede voorbeelden' loopt blijkbaar (vrijwel) alles naar wens.

---

<sup>34</sup> In termen van: ROMmen is een verplichting, heeft geen meerwaarde is duur, is slecht voor de therapeutische relatie en/of niet valide instrumenten.



# **Achtergrondrapport deel C**

## **Verslag van interviews bij praktijksituaties in instellingen en vrijgevestigde praktijken**

Auteurs: Jasper Nuijen, Bob van Wijngaarden, Gerdien Franx, Marjolein Veerbeek, Jolanda Meeuwissen en Marja van Bon



# Inhoudsopgave

## **1 Inleiding**

- 1.1 Aanleiding, doel en methode
- 1.2 Voorliggende rapport: beschrijving van de uitkomsten van de enquête

## **2 Verslag van interviews bij zeven praktijksituaties in instellingen**

- 2.1 Selectie en kenmerken van voorbeelden
- 2.2 Verslagen van interviews met behandelaren, (team)managers en ROM-/kwaliteitscoördinatoren
- 2.3 Verslagen van interviews met cliënt(vertegenwoordigers)

## **3 Verslag van interviews bij vijf praktijksituaties in vrijgevestigde praktijken**

- 3.1 Selectie en kenmerken van voorbeelden
- 3.2 Verslagen van interviews met vrijgevestigde behandelaren
- 3.3 Verslagen van interviews met cliënt(vertegenwoordigers)



# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding, doel en methode

Routine Outcome Monitoring (ROM) is de afgelopen jaren breed ingevoerd in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).<sup>35</sup> De nadruk is daarbij komen te liggen op het verzamelen van ROM-gegevens voor het genereren van vergelijkings- en verantwoordingsinformatie. Er is verhoudingsgewijs minder aandacht besteed aan de primaire functie van ROM: het bieden van ondersteuning aan behandelaren en cliënten bij het verbeteren van individuele behandeltrajecten. Daarom heeft het ministerie van VWS het Trimbos-instituut opdracht gegeven onderzoek uit te voeren met een tweeledig doel:

- 5) Het inventariseren van de mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk, zowel bij instellingen als bij vrijgevestigde praktijken.
- 6) Het beschrijven van praktijksituaties in instellingen en vrijgevestigde praktijken ROM relatief goed geïmplementeerd is in de dagelijkse zorgpraktijk, zowel vanuit het behandelaarsperspectief als vanuit het cliëntperspectief, en het inventariseren van de lessen die hieruit kunnen worden geleerd.

De eerste doelstelling is bereikt via het uitzetten van enquêtes onder (zoveel mogelijk) landelijk representatieve steekproeven van behandelaren werkzaam bij instellingen en van vrijgevestigde behandelaren. Voor de tweede doelstelling zijn semigestructureerde interviews gehouden met behandelaren, cliënten(vertegenwoordigers), (team)managers en ROM-/kwaliteitscoördinatoren bij praktijksituaties in instellingen en vrijgevestigde praktijken. De praktijksituaties zijn geselecteerd op geleide van positief uitspringende resultaten op de enquête.

## 1.2 Achtergrondrapport deel C: verslagen van interviews bij praktijksituaties

De hoofdbevindingen van de enquêtes onder behandelaren en van de interviews bij de praktijksituaties worden beschreven en geduid in het Kernrapport.<sup>36</sup> In dit deel van het achtergrondrapport worden de verslagen van de interviews bij de praktijksituaties gepresenteerd.

### ***Hoe zagen de interviews eruit?***

De hoofdvragen van de semigestructureerde interviews waren:

---

<sup>35</sup> Inclusief verslavingszorg.

<sup>36</sup> *Implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk in de GGZ. Een landelijke meting van de implementatiegraad en een verdieping aan de hand van praktijksituaties.*

- Hoe wordt ROM gebruikt ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk, en wat zijn de ervaringen hiermee?
- Hoe is men op het punt gekomen waar men nu is ten aanzien van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument? Welke hobbels is men tegengekomen en hoe zijn deze overwonnen?
- Wat zijn verdere ontwikkelingen voor de toekomst ten aanzien van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument?
- Welke tips kunnen gegeven worden aan andere instellingen c.q. vrijgevestigde praktijken?

De accenten van de interviews varieerden afhankelijk van de persoon die is geïnterviewd (behandelaar, cliënt(vertegenwoordiger), (team)manager of ROM-/kwaliteitscoördinator).

### ***Leeswijzer***

In Hoofdstuk 2 wordt eerst ingegaan op de selectie en de kenmerken van de praktijksituaties bij instellingen, gevolgd door de verslagen van de interviews met behandelaren, (team)managers, ROM-/kwaliteitscoördinatoren en cliënt(vertegenwoordigers). Hoofdstuk 3 begint met een beschrijving van de selectie en kenmerken van de praktijksituaties onder vrijgevestigde behandelaren, waarna de interviewverslagen met behandelaren en cliënt(vertegenwoordigers) worden gepresenteerd.



## 2 Verslag van interviews bij zeven praktijksituaties in instellingen

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de selectie en de kenmerken van de zeven praktijksituaties in instellingen (paragraaf 2.1). Vervolgens worden de verslagen gepresenteerd van de interviews met behandelaren, (team)managers en ROM-/kwaliteitscoördinatoren (paragraaf 2.2), gevolgd door de verslagen van de interviews met cliënt(vertegenwoordigers) (paragraaf 2.3).

### 2.1 Selectie en kenmerken van praktijksituaties

De selectie van praktijksituaties in instellingen is gemaakt op basis van een analyse van de enquêtes die eind november 2014 binnen waren.<sup>37</sup> Per zorgdomein (Kinderen en jeugd, Volwassenen kort, Volwassenen lang, Ouderen en Verslaving) werden één of twee instellingen geselecteerd op geleide van een positief uitspringende gemiddelde totaalscore op de 22 stellingen over de mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces.

Een gemiddelde totaalscore werd als positief uitspringend beschouwd als het ten minste een 0,5 punt hoger lag dan de gemiddelde totaalscore van alle instellingen in een bepaald zorgdomein. Wanneer meerdere instellingen voldeden aan dit criterium, werden twee instellingen geselecteerd die varieerden qua type en omvang (dit was het geval voor het zorgdomein Volwassenen kort). Wat betreft het zorgdomein Kinderen en jeugd kon het selectiecriterium niet worden toegepast vanwege het ontbreken van positief uitspringende scores. Besloten werd de instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie als praktijksituatie mee te nemen met de hoogste gemiddelde totaalscore. Daarnaast werd wat betreft het zorgdomein Verslaving ook de grote verslavingszorginstelling met de hoogste gemiddelde totaalscore meegenomen als tweede praktijksituatie voor het zorgdomein Verslaving. De reden hiervoor is dat het van belang werd geacht om ook de ervaringen van medewerkers en cliënten van een grote verslavingszorginstelling mee te nemen.

Uiteindelijk zijn in totaal zeven praktijksituaties in zes instellingen geselecteerd, waarbij twee praktijksituaties (voor de zorgdomeinen Volwassenen lang en Ouderen) betrekking hebben op verschillende behandelafdelingen van dezelfde geïntegreerde GGZ-instelling. In Tabel 2.1 wordt een overzicht gegeven van de geselecteerde instellingen per zorgdomein.

---

<sup>37</sup> Opgemerkt dient te worden dat een klein deel van de deelnemende instellingen niet meegenomen kon worden in de selectieprocedure omdat bij hun de enquête nog moest worden uitgezet, of doordat dit pas recentelijk was gebeurd waardoor nog niet veel behandelaren de enquête hadden ingevuld.

Te zien is dat de instellingen gemiddeld 1,1 tot 1,9 punten lager scoren dan de maximaal te behalen gemiddelde totaalscore van 5,0. Dit duidt erop dat ook bij deze praktijksituaties nog de nodige ruimte bestaat voor het verbeteren van de implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument.

**Tabel 2.1** Overzicht van de geselecteerde voorbeelden van GGZ- en VZ-instellingen. Per instelling staat tussen haakjes de gemiddelde totaalscore weergegeven op de 22 stellingen over de mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces.

		Zorgdomein				
		Kinderen en jeugd	Volwassenen kort	Volwassenen lang	Ouderen	Verslaving
O m v a n g	G		Geïntegreerde GGZ-instelling (3,7) <sup>1</sup>	Geïntegreerde GGZ-instelling (3,9) <sup>1,2</sup>	Geïntegreerde GGZ-instelling (3,4) <sup>1,2</sup>	Verslavings-zorginstelling (3,2) <sup>3</sup>
	M G	Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie (3,1) <sup>3</sup>	Instelling voor ambulante GGZ (3,6) <sup>1</sup>			
	K			Geen instellingen in steekproef	Geen instellingen in steekproef	Verslavings-zorginstelling (3,8) <sup>1</sup>

G = Groot; MG = middelgroot; K = klein.

<sup>1</sup> De gemiddelde totaalscore van deze instelling lag  $\geq 0,5$  punten hoger dan de gemiddelde totaalscore van alle instellingen voor dit zorgdomein.

<sup>2</sup> Betreft dezelfde instelling.

<sup>3</sup> De totaalscore van deze instelling lag  $< 0,5$  punten hoger dan de gemiddelde totaalscore van alle instellingen voor dit zorgdomein.

Per praktijksituatie zijn eind 2014 of begin 2015 interviews gehouden met minimaal twee behandelaren en daarnaast een (team)manager of ROM-/kwaliteitscoördinator. Een uitzondering vormde de kleine verslavingszorginstelling, waar twee behandelaren zijn geïnterviewd, waarvan er één ook een teamleider is. In totaal zijn 15 behandelaren, vier (team)managers en zes ROM-/kwaliteitscoördinatoren geïnterviewd.

Uitgezonderd de praktijksituatie voor het zorgdomein Ouderen, zijn per praktijksituatie één of twee cliënten geïnterviewd, die geselecteerd werden door de instellingen zelf. In totaal zijn interviews gehouden met negen cliënten en een ouder van een jeugdige cliënt.

Opgemerkt dient te worden dat door de gevolgde selectieprocedure de interviews waarschijnlijk een 'gekleurd' positief beeld geven van de meerwaarde van ROM voor het primaire proces, en niet representatief zijn voor de 'gemiddelde' behandelaar en cliënt van een GGZ-instelling.

## 2.2 Verslagen van interviews met behandelaren, (team)managers en ROM-/kwaliteitscoördinatoren

### 2.2.1 Middelgrote instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie (zorgdomein Kinderen en jeugd)

#### *Interviews met drie behandelaren en een ROM-coördinator*

##### Achtergrondinformatie behandelaren

- Behandelaar A: GZ-psycholoog (in opleiding tot gedragstherapeut), werkzaam voor het jonge kind team. Zij werkt voornamelijk met kinderen in de leeftijd van 0 tot 12 jaar, en hun ouders (soms ook individuele behandeling van ouders). Duur van de behandeltrajecten is heel wisselend (van 6-9 maanden tot 4-5 jaar), betreft zowel generalistische Basis-GGZ als gespecialiseerde GGZ. Meest voorkomende problemen zijn ontwikkelingsstoornissen, trauma's en hechtingsproblemen.
- Behandelaar B: psycholoog, werkzaam voor de algemene polikliniek en de Forensische Jeugd Psychiatrie. Hij werkt vooral met kinderen in de leeftijd van 4 tot 18 jaar, en hun ouders. De behandelde problematiek is divers van aard, alle problematiek die zich voordoet op de polikliniek.
- Behandelaar C: systeemtherapeut, werkzaam voor de algemene polikliniek (6-18 jaar). Hij heeft veel te maken met multiprobleemgezinnen, kinderen met trauma's en hechtingsstoornissen. Behandelduur is heel wisselend (van een half jaar tot een paar jaar).

##### ROM-procedure

- De ROM-procedure omvat de digitale afname van standaard vragenlijsten, die verplicht zijn om te worden afgenomen voorafgaand aan de intake en aan het eind van een behandeltraject. Tot 2015 kwam deze verplichting vanuit de verzekeraars, vanaf 2015 – met de inwerkingtreding van de Jeugdwet – vanuit de gemeente.
- Deze vragenlijsten zouden in principe ook op extra momenten kunnen worden afgenomen, mocht een behandelaar dit willen (bv. voor of na een behandelmodule). Meestal gebeurt dit niet omdat de verplichte meetmomenten al betrekkelijk kort op elkaar zitten (circa een half jaar).
- De 'verplichte' vragenlijsten zijn:
  - SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Verschillende versies: vragenlijst voor ouders en leerkrachten/dagleidsters (leeftijd: 3-4 jr.); vragenlijst voor ouders en leerkrachten (leeftijd: 4-16 jr.); en vragenlijst voor jongeren (leeftijd: 11-16 jr.).
  - OQ-45 (Outcome Questionnaire; leeftijd: vanaf 18 jr.)
  - HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents; in te vullen door de behandelaar); wordt gebruikt door FACT teams.
- Het invullen en verwerken van de vragenlijsten verloopt digitaal via het ROM-systeem Roqua (wat gekoppeld is aan het EPD, elektronisch patiëntendossier). Ouders krijgen voorafgaand aan het intakegesprek per mail een uitnodiging om een vragenlijst in te vullen (via een URL met inlogcode). Indien er geen email adres beschikbaar is gebeurt

dit per post. Indien dit relevant wordt geacht ontvangt ook de leerkracht een uitnodiging om een vragenlijst in te vullen (na goedkeuring van de ouders).

- Cliënten krijgen per brief uitleg over het waarom van de vragenlijsten: o.a. om te kunnen nagaan of de klachten verminderen tijdens de behandeling en omdat de instelling vanuit de gemeente (voorheen: de verzekeraar) verplicht is om het effect van de zorg te meten.
- Naast de 'verplichte' vragenlijsten, kunnen behandelaren via Roqua ook verscheidene aanvullende vragenlijsten digitaal afnemen op zelfgekozen meetmomenten. Deze vragenlijsten zijn met name bedoeld om protocollaire behandelingen (bv. op het gebied van eetstoornissen, angst of depressie) te ondersteunen. Voorbeelden van aanvullende vragenlijsten zijn: CDI (Childhood Depression Inventory), AVL (ADHD Vragenlijst; wordt vaak gebruikt het monitoren van ADHD medicatie), ORS (Outcome Rating Scale) en SRS (Session Rating Scale) (worden m.n. gebruikt in gedragstherapeutische sessies) en OBVL (Opvoedingsbelastingvragenlijst; vragenlijst voor ouders).
- Wanneer cliënten de vragenlijst nog niet hebben ingevuld, wordt hen gevraagd dit alsnog te doen voorafgaand aan het intakegesprek in een aparte kamer, of eventueel tijdens het gesprek. Het komt weinig voor dat cliënten de vragenlijsten ten behoeve van de intake uiteindelijk niet hebben ingevuld.
- De scores op de vragenlijsten worden tijdens het intakegesprek besproken, en zoveel mogelijk ook teruggekoppeld in een diagnostiekbrief.
- Via Roqua kunnen de scores op vragenlijsten ook in tabelvorm of grafische vorm worden weergegeven.

## Ervaringen

### *ROM-coördinator*

- Vanuit de organisatie wordt vooral gestuurd op het behalen van de vereiste percentages ingevulde 'verplichte' vragenlijsten (aan het begin en het einde van een behandeltraject), om te voorkomen dat een budgetkorting wordt opgelegd. Afgelopen tijd zijn er een aantal acties ondernomen om de invulpercentages omhoog te krijgen:
  - Elke behandelaar kan nu ROM-vragenlijsten afnemen (i.p.v. voorheen alleen de hoofdbehandelaar), en wordt er digitaal op geattendeerd bij welke cliënten een verplichte vragenlijst moet worden afgenomen, of welke cliënten een vragenlijst nog niet hebben ingevuld (na 10 dagen).
  - De brieven voor de cliënten waarin het waarom van ROM wordt uitgelegd zijn aangepast.
  - Ondersteuning vanuit het secretariaat, o.a. door het uitsturen van uitnodigingen aan cliënten en het nabellen van cliënten die een vragenlijst nog niet hebben ingevuld.
- Over het algemeen zijn cliënten die in zorg komen bereidwillig om voor de eerste keer een vragenlijst in te vullen. Vervolgmetingen zijn veel lastiger. Daarbij komt het volgens geïnterviewde geregeld voor dat cliënten een vragenlijst bij een vervolgmeting invullen op basis van hoe zij zich voelden toen ze begonnen met de behandeling.
- In sommige gevallen kan er een korte periode zitten tussen de verplichte meetmomenten, bv. enkele weken. Om een cliënt niet onnodig te belasten worden de door hem/haar ingevulde scores bij de meest recente meting dan door het secretariaat overgenomen als volgende meting.
- De overgang van de jeugd-GGZ naar de gemeente zorgt op het moment voor een extra, grote (administratieve) druk om de verplichte vragenlijsten af te nemen: het is

verplicht om nieuwe beginmetingen uit te voeren bij alle cliënten (uitgezonderd degenen die in de laatste drie maanden van 2014 een vragenlijst hebben ingevuld).

#### *Behandelaar A*

- De 'verplichte' SDQ is een hele generalistische vragenlijst, maar het is wel een goede maat om te zien hoe het gaat, hoe cliënten het ervaren. De lijst geeft op vijf verschillende domein aan of er al dan niet een 'probleem' is, en in welke mate. Daarnaast wordt er ook een totaalscore en een impactscore bepaald. Ouders (en/of kinderen) kunnen dus aangeven hoeveel last ze van een bepaald probleem hebben.
- Door het bespreken van de ROM-scores wordt teruggekoppeld hoe ouders het zelf zien. Hiermee wordt het perspectief van de ouders erkenning gegeven. Het gesprek wordt geopend vanuit hun beleving, hun verhaal, wat eraan kan bijdragen dat zij zich gehoord voelen.
- Het op een specifiek meetmoment digitaal kunnen inzetten van (aanvullende) vragenlijsten scheelt veel werk en is prettig. Het zorgt er bijvoorbeeld voor dat een protocollaire angst- of depressiebehandeling veel makkelijker en laagdrempeliger te evalueren is. Als behandelaar hoef je bijvoorbeeld niet meer zelf de ingevulde vragenlijsten uit te werken, en de scores kunnen vanuit het systeem op een toegankelijke manier worden teruggekoppeld aan cliënten.
- Het afnemen van vragenlijsten kan helpen bij het kiezen van de juiste behandeling, omdat het ervoor zorgt dat je als behandelaar minder aannames maakt. Er wordt vollediger gecheckt, en niet alleen afgegaan op wat een cliënt zegt tijdens het gesprek. Ook kunnen ouders via de vragenlijst iets heel anders aangeven dan de huisarts in zijn/haar verwijsbrief.
- Vragenlijsten bieden meestal geen ondersteuning bij het (eventueel) tussentijds wijzigen van de behandeling. Doorgaans gebeurt de evaluatie van de geschiktheid van de behandeling tijdens het gesprek op basis van andere factoren (bv. mate van therapietrouw, het maken van huiswerkopdrachten, etc.). Een uitzondering vormen de ORS en SRS, korte vragenlijsten die aan het begin en het eind van elke sessie worden afgenomen en besproken.
- ROM-scores zijn niet bepalend voor het beëindigen van een behandeling. Leidend hiervoor is of de hulpvraag is beantwoord, of niet verder kan worden beantwoord. Het probleemgebied kan kleiner zijn geworden, maar ook nog even groot zijn of zelfs groter. ROM-scores zijn wel onderdeel van het eindgesprek.
- Of het afnemen van vragenlijsten de motivatie van cliënten verbetert, verschilt per cliëntgroep. Sommigen vinden het heel prettig, anderen hebben juist veel weerstand. De weerstand kan gelegen zijn in dat men het invullen van een vragenlijst veel werk vindt (bv. de SDQ bestaat uit 50 vragen).
- Behandelaar is soms wel verrast door de resultaten van een meting. Bv. een kind geeft via een vragenlijst aan dat er niets aan de hand is, terwijl ouders en leerkrachten aangeven dat er op allerlei gebieden wat aan de hand is. Deze discrepantie biedt een goed vertrekpunt om het gesprek aan te gaan.

#### *Behandelaar B*

- Doorgaans bespreekt de behandelaar kort de scores op de SDQ tijdens het intakegesprek met cliënten. Hij vindt het ook vanzelfsprekend om dit te doen: de cliënten hebben de vragenlijst tenslotte ook ingevuld. Sommigen zijn ook nieuwsgierig naar de uitkomsten.
- De SDQ screent op vijf gebieden in welke mate een kind probleemgedrag vertoont. Behandelaar bespreekt tijdens de intake vooral de domeinen waarop in de 'klinische'

range wordt gescoord. De scores op de SDQ kunnen behulpzaam zijn bij het kiezen van de juiste behandeling, maar zijn hiervoor nooit bepalend. Behandelaar bespreekt de scores op de SDQ ook altijd in zijn diagnostiekbrieven.

- Behandelaar vindt de vervolgmeting(en) met de SDQ in veel gevallen vooral een formaliteit en niet waardevol als ondersteuning voor de behandeling. Dit komt vooral doordat de verplichte meetmomenten geen betekenisvolle evaluatiemomenten zijn in de behandeling. Soms koppelt hij dat dan ook zo terug aan de ouders (“we worden verplicht om het te doen, maar we doen er niet zoveel mee”). In sommige gevallen sluiten de verplichte vervolgmetingen wel goed aan bij de behandeling en voegen ze wel degelijk wat toe, bijvoorbeeld om te evalueren of bepaalde doelen zijn behaald of dat er op bepaalde domeinen verbetering is te zien.
- De grafische weergave van het verloop van de scores op de SDQ bij vervolgmetingen voegt echt wat toe voor cliënten; het maakt voor hen inzichtelijk op welk gebied het beter of slechter gaat.
- Behandelaar is soms verrast door de scores op een vragenlijst. Deze bespreekt hij altijd bespreekt met de ouders om de achterliggende redenen te achterhalen. Vaak blijkt dat ouders een vraag verkeerd hebben geïnterpreteerd, of moeilijk te beantwoorden vonden.
- Het afnemen van de verplichte ROM-vragenlijsten kost behandelaar veel tijd vanwege zijn hoge caseload en de (circa) halfjaarlijkse afname. Behandelaar wordt er via een zogeheten datamonitor digitaal op geattendeerd bij welke cliënten (opnieuw) een vragenlijst moeten worden afgenomen. Ouders zien er ook niet altijd het nut van in en vullen daarom de vragenlijst niet in of stellen het uit. Daar moeten dan weer vervolgacties op worden ondernomen door behandelaar of administratie (opnieuw een uitnodiging versturen per mail/per post, nabellen, etc.).
- Behandelaar vindt de mogelijkheid om aanvullende vragenlijsten via Roqua af te nemen waardevol als ondersteuning in de behandeling van specifieke problematiek (en waarbij hij landelijke multidisciplinaire richtlijnen volgt). Hij vindt bijvoorbeeld de AVL heel goed bruikbaar om de effecten van medicatie bij kinderen met ADHD te monitoren, en dit te bespreken met de cliënten. Een ander voorbeeld is de CDI, een vragenlijst die behulpzaam is bij de diagnostiek van depressie of het nagaan van de effecten van een depressiebehandeling.
- ROM-scores van individuele cliënten worden niet structureel bespreken tijdens teamoverleggen. Soms wordt het gebruikt bij een diagnostiekbespreking. Gebruik van ROM-gegevens op geaggregeerd niveau (bv. op het niveau van een cliëntgroep) gebeurt helemaal niet.
- Behandelaren van de instelling ontvangen geen training in het gebruik van het ROM-systeem en de vragenlijsten. Sommige behandelaren zijn ook niet opgeleid in het afnemen en interpreteren van vragenlijsten (zoals bv. psychologen dat wel zijn), en ontberen de benodigde deskundigheid. Desondanks nemen zij wel de vragenlijsten af en koppelen de scores terug aan cliënten.

#### *Behandelaar C*

- In zijn algemeenheid ziet behandelaar het afnemen van de vragenlijsten vooral als een verplichting dat veel tijd kost. Het heeft slechts een kleine meerwaarde voor het primaire proces. Evalueren van de behandeling doet hij vooral aan de hand van de doelen die in het behandelplan zijn opgenomen. Een vragenlijst is daarbij niet heel erg ondersteunend.
- Behandelaar vindt bij de intake de scores op de SDQ bruikbaar om een beetje een beeld te krijgen waar de problemen zitten. Hij is nooit verrast door de scores.

- Behandelaar vindt een voordeel van een vervolgmeting dat bekeken kan worden hoe proces verloopt (o.a. welke problemen zijn af- of toegenomen). Terugkoppeling van de scores kan stimulerend werken voor ouders of kinderen. Hierbij worden vooral de grafiekjes die vanuit het ROM-systeem gemaakt kunnen worden op basis van de vervolgmetingen gewaardeerd door cliënten.
- Behandelaar vindt de SDQ vrij algemeen. Scores zijn afhankelijk van de toestand waarin ouders zich bevinden op het moment van invullen (stemmingsafhankelijk). De vragenlijst kan aangeven dat het beter gaat, maar geeft niet aan waardoor dat komt. Behandelaar probeert hier tijdens het gesprek met cliënten achter te komen, maar dat lukt bij de ene cliënt beter dan bij de andere cliënt.
- Wat betreft de vervolgmetingen gaat er vooral veel werk inzitten om de vragenlijsten ingevuld te krijgen (ouders moeten weer worden gemaïld of gebeld). In sommige gevallen vult de behandelaar zelf de lijst in terwijl hij de vragen telefonisch stelt aan een ouder.
- Volgens de behandelaar hebben veel ouders weerstand tegen het opnieuw invullen van de vragenlijst. Ze vinden het bijvoorbeeld niet belangrijk, zijn vergeetachtig of achterdochtig ("wat gebeurt er met die lijsten?"), of vinden de vragen moeilijk of te algemeen. Daarnaast komt het voor dat ze ook vanuit andere instanties gevraagd worden om een vragenlijst in te vullen.
- De overgang van de jeugd-GGZ naar de gemeente speelt ook een rol: het is verplicht om nieuwe beginmetingen uit te voeren bij alle cliënten (uitgezonderd degenen die in de laatste drie maanden van 2014 een vragenlijst hebben ingevuld).
- Behandelaar hoort ook regelmatig dat jongeren de SDQ moeilijk vinden om in te vullen vanwege het beperkte aantal antwoordcategorieën.
- Behandelaar maakt af en toe gebruik van een aanvullende vragenlijst (m.n. AVL), naast de 'verplichte' vragenlijsten. Hij is ook niet bekend met alle vragenlijsten die worden aangeboden in het ROM-systeem. Hij is daar tijdens zijn opleiding ook minder in geschoold dan bijvoorbeeld psychologen.
- Vanwege de toenemende productiedruk, is het soms lastig om de (administratieve) activiteiten met betrekking tot ROM weg te schrijven onder indirecte tijd.

### Verbeterpunten en tips

#### *ROM-coördinator:*

- Laat de keuze van de vragenlijsten en de momenten waarop deze worden afgenomen bepalen door de behandelaren, en niet door een 'systeem'.
- Er zouden nog meer vragenlijsten in het ROM-systeem kunnen worden aangeboden die goed bruikbaar zijn ter ondersteuning van de behandeling van specifieke cliëntgroepen.

#### *Behandelaar A:*

- Een goede inbedding van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk vereist dat cliënten zoveel mogelijk betrokken worden. Er dient goed gemotiveerd te worden waarom vragenlijsten afgenomen worden, ook wanneer het een 'verplicht' meetmoment betreft die zorginhoudelijk minder betekenisvol is. Scores moeten altijd worden teruggekoppeld en besproken, en onderdeel zijn van verslaglegging.
- Idealiter zouden cliënten rechtstreeks toegang moeten hebben tot hun ROM-gegevens via hun digitale cliëntportaal (i.p.v. dat zij de scores alleen teruggekoppeld krijgen via hun behandelaar), en ook via deze route moeten worden uitgenodigd om een nieuwe vragenlijst in te vullen. Dit is iets wat nu in ontwikkeling is bij de instelling. Cliënten

worden dan eigen beheerder van hun eigen informatie, en ze kunnen zelf actief aangeven waar ze het over willen hebben (i.p.v. dat dit vooral bij de behandelaar ligt).

- De weerstand van sommige behandelaren tegen ROM heeft ook te maken met onbekendheid (“onbekend maakt onbemind”). Het trainen van behandelaren in de mogelijkheden van het ROM-systeem en de vragenlijsten kan helpen deze weerstand te overwinnen. Daarbij speelt dat het systeem continu in ontwikkeling is: er worden geregeld updates uitgevoerd en nieuwe functionaliteiten toegevoegd. Door de drukte van het dagelijkse werk lukt het behandelaren niet dit zelf allemaal bij te houden.
- Het ROM-systeem moet bovenal makkelijk in het gebruik zijn en inzichtelijk zijn, dat zorgt ervoor dat behandelaren het ook echt gaan gebruiken. Vervolgens zullen ze aan de hand van de ervaringen merken dat de meeste cliënten positief op reageren op de terugkoppeling van ROM-scores (hoewel er ook cliënten zijn die het invullen van de vragenlijsten niet serieus nemen).
- Kennisdeling tussen behandelaren over hoe ROM te gebruiken ter ondersteuning van het primaire proces. Dit kan bijvoorbeeld via refereeravonden, intranet en teamvergaderingen (waarbij ROM een vast agendapunt is).
- Er zouden nog meer vragenlijsten beschikbaar moeten zijn in Roqua, bijvoorbeeld vragenlijsten voor persoonlijkheidsonderzoek.
- Niet alle vragenlijsten zouden voor alle behandelaren toegankelijk moeten zijn. Een behandelaar zou alleen de vragenlijsten moeten kunnen afnemen waarover hij/zij gedegen kennis heeft.

#### *Behandelaar B*

- Het bepalen van de momenten waarop vragenlijsten worden afgenomen zou meer bij de behandelaren moeten liggen in plaats van dat het verplicht om de zoveel tijd moet gebeuren. Het gevaar bestaat dan wel dat het erbij inschiet vanwege de volle agenda's van behandelaren.
- Alle behandelaren moeten voldoende kennis hebben van de vragenlijsten die in Roqua worden aangeboden, en wat die zouden kunnen toevoegen aan (het evalueren van) de behandeling. Zo worden ze zich bewust van welke vragenlijsten wanneer ingezet kunnen worden.
- Vanuit de organisatie zou meer gestuurd moeten worden op een betere implementatie van ROM in het primaire proces. Dit kan bijvoorbeeld door behandelaren te wijzen op belang van het opvolgen van de landelijke multidisciplinaire richtlijnen, waarin duidelijk aangegeven staat wanneer een bepaalde vragenlijst afgenomen zou moeten worden. Een ander voorbeeld is dat momenteel veel medewerkers van de instelling geschoold worden in gedragstherapie. Tijdens deze scholing zou ook structureel aandacht kunnen worden besteed aan wat goede vragenlijsten zijn om de (effecten van de) behandeling te evalueren.

#### *Behandelaar C*

- Er voor zorgen dat de behandelaren die hierin niet geschoold zijn, meer bekend zijn met de aanvullende vragenlijsten die in Roqua zitten (“hoe kan je specifiekere testen met andere vragenlijsten?”).
- Voorheen was alleen de behandelcoördinator verantwoordelijk voor het ‘ROMmen’. Nu krijgen alle behandelaren die betrokken zijn bij een cliënt een melding vanuit het EPD als er een vragenlijst moet worden afgenomen. Hierdoor nemen meer behandelaren de verantwoordelijkheid om een vragenlijst af te nemen.



- Het zou mooi zijn als cliënten zelf de uitkomsten meteen kunnen zien als ze een vragenlijst hebben ingevuld. Dit zou ook stimulerend kunnen zijn om een vragenlijst in te vullen.
- Het mooiste zou zijn als de vragenlijsten automatisch worden weggestuurd naar cliënten vanuit het ROM-systeem; en automatisch melding wordt gemaakt wanneer een vragenlijst is ingevuld.

## **2.2.2 Geïntegreerde GGZ-instelling (zorgdomein Volwassenen kort)**

### ***Behandelaar 1 (persoonlijkheidsstoornissen)***

#### ROM-procedure

Bij een eerste groep cliënten is de behandelaar alleen bij de intakefase betrokken, en bespreekt hij de begin ROM-meting met de cliënt. Die bespreekt hij in het adviesgesprek (dat vindt ongeveer een week na het intakegesprek plaats). Hij maakt dan een koppeling tussen de ROM-uitkomsten en de diagnose die op dat moment gesteld wordt ("Je hebt deze problemen en die komen inderdaad ook terug op de ROM"). In de intakefase gebruikt hij de ROM-resultaten als toegevoegde waarde om het behandelvoorstel te bepalen. De intakefase is in zijn ogen de moeilijkste om de ROM-resultaten in te integreren, omdat je al veel moet bespreken tijdens het adviesgesprek. Hij heeft dan drie kwartier voor het bespreken van de diagnose en het voorstellen van de behandeling; als de cliënt daar ook nog mee oneens is, ervaart hij nauwelijks tijd voor een ROM-meting. Mocht het bespreken van de ROM-resultaten niet aan bod komen tijdens het adviesgesprek, plant hij nog een afspraak met de cliënt. Als de ROM niet besproken wordt in het adviesgesprek, geeft dit een ongemakkelijke situatie als na een half jaar de vervolg ROM-meting besproken moet worden en een vergelijking gemaakt wordt met de startmeting. De cliënt heeft dan namelijk geen idee wat er de vorige keer uit kwam.

Bij een tweede groep cliënten is hij de behandelaar en heeft hij wekelijks, of één keer in de twee weken contact. Bij hen worden ROM-metingen om de zes maanden afgenomen en dat zijn dan ook de momenten in de behandeling waarop met de cliënt geëvalueerd wordt wat de cliënt tot nu toe aan therapie heeft gehad. Daarin kan een ROM-meting handvatten geven, want dan zie je op sommige punten vooruitgang, maar op andere misschien ook achteruitgang.

Bij een derde groep cliënten is de behandelaar alleen hoofdbehandelaar. Deze cliënten ziet hij ze doorgaans eens per half jaar voor de evaluatie van de behandeling. Dan wordt de ROM-meting gedaan en kan daarna meteen met de cliënt de resultaten worden besproken. Aan de hand van die ROM-meting en het behandelplan kan hij dan met cliënt kijken of de doelen eventueel bijgesteld moeten worden voor het komende half jaar.

ROM-metingen worden ook gebruikt in het behandelplanoverleg ('Je hebt het gevoel dat de cliënt vooruit is gegaan, laten we op de ROM-meting kijken of dat daar ook terug te zien is'). Dit motiveert wel om steeds beter te zijn met ROM, want als je constateert dat je geen meting hebt, mis je essentiële informatie.

Sommige cliënten vullen de tussenmeting thuis niet in, omdat ze het vergeten nadat ze mail hebben gekregen (maar dan doen ze vaak wel na een herinnering, of hij belt ze), of

ze vinden het überhaupt vervelend om mail van de GGZ te krijgen. Of de applicatie werkt niet bij hen (bij een bepaald type computer is dat werkelijk het geval). Dan biedt hij altijd nog weer de mogelijkheid om het invullen bij de ROM-medewerker of bij hem ter plekke te doen.

### Introductie ROM

Vanuit de instelling is in het begin een groepsbijeenkomst georganiseerd, waarin uitleg werd gegeven over ROM, wat een score betekent en hoe je dat met cliënt kunt bespreken. Tijdens de training waren ze in groepjes uiteen gegaan met verschillende casussen van verandering in ROM-scores. En hij zat toen in een groepje met een casus waar de ROM-score mooi vooruit ging.

In begin vond de behandelaar het wel opvallend om na half jaar de score van een cliënt te zien en dan ook soms te zien dat iemand veel minder goed vooruit is gegaan dan je denkt (bijvoorbeeld stressniveau is erg omhoog gegaan ondanks de behandeling). In het begin was zijn reactie dan 'oh jee, ik doe iets fout'. Maar inmiddels weet hij dat er heleboel redenen voor kunnen zijn hoe dat komt. De cliënt had bijvoorbeeld in dit geval de verklaring dat ze inderdaad meer stress ervoer in haar leven, maar wel veel beter in staat was daarmee om te gaan. Dus een verslechterde score kan ook positief zijn.

### Terugkoppeling

Zoals gezegd vindt hij in het adviesgesprek de toepassing van ROM het moeilijkst. Bij andere metingen zie je al vooruitgang of achteruitgang ten opzichte van de vorige meting. Dat heb je bij eerste meting nog niet. Bij de eerste meting zie je alleen nog maar getallen die ook bij ongeveer alle cliënten in die fase gelijk liggen. Dan legt hij aan de cliënt uit wat het betekent om zo'n score te halen. Maar soms komt er ook wel iets verrassends uit en dan geeft dat wel meteen een aanknopingspunt om te kijken hoe dat dan komt (bijvoorbeeld: hij had niet verwacht dat een cliënt laag zou scoren op zelfcontrole, want in het verleden had de cliënt daar cursussen voor gevolgd). Dus een verrassende score geeft input voor gesprek.

De vervolgmeting kan soms confronterend zijn als de cliënt het idee heeft dat hij of zij harder vooruit is zijn gegaan dan de lijn in de grafiek laat zien. Samen met de cliënt wordt dan gezocht naar verklaringen voor dit verschil.

### Voordelen ROM

Het grootste verschil met een behandeling zonder ROM is dat je nu een vast moment voor een evaluatie hebt. Vroeger was het niet zo vanzelfsprekend dat je na een half jaar evalueerde. Het structureel evalueren en het daarmee bijstellen van de behandeling is volgens hem de grootste winst van ROM.

Sommige cliënten hebben veel zin om ROM-resultaten te zien. Dan zeggen ze uit zichzelf na drie maanden, als er veel vooruitgang is geboekt in hun ogen, "Wat zou er nu uit de ROM gekomen zijn?". Maar je hebt ook cliënten die het confronterend en spannend blijven vinden, "gaat de lijn wel omhoog?". Dan probeer je de drempel wel te verlagen, door bijvoorbeeld het invullen samen te doen, in plaats van alleen thuis of met de ROM-medewerker.

### Verbeterpunten

De eindmeting kan beter. Die moet hij eigenlijk laten uitsturen vóór het laatste gesprek, zodat hij de cliënt nog kan motiveren om de lijst in te vullen. Als de lijst na het laatste gesprek wordt uitgestuurd, kan dat niet meer. Dat is een aandachtspunt voor hem, maar het wel lastig, omdat hij de cliënten als hoofdbehandelaar niet structureel wekelijks of tweewekelijks ziet. Het secretariaat weet ook niet wanneer het laatste gesprek is, dus kan daar niets in betekenen.

### Geaggregeerde gegevens

Bij zijn weten wordt er in het team niets met geaggregeerde gegevens gedaan. Dat zou hij wel interessant vinden. Bijvoorbeeld, hij heeft het idee dat als de identiteitsintegratie laag is en rest hoog op SIPP, dat dan schematherapie het meest aangewezen is om te doen. Maar daar heeft hij geen cijfers bij die dat idee ondersteunen.

### Aanbevelingen andere instellingen

Hem heeft het geholpen dat ze in het team zo met ROM bezig zijn en het in de behandelplanbespreking een prominente plek heeft. Dat straalt uit dat je het met zijn allen doet en je ziet er beter het nut van in. En het heeft bij hem de angst voor de resultaten weggenomen. Achteruitgang op een bepaald moment is ook iets wat je vaak ziet in het verloop van een behandeling. Je kunt het er vrij met elkaar over hebben, dus dat is prettig. Het secretariaat ondersteunt goed, waardoor hij er eigenlijk niets voor hoeft te doen dat vervolgmetingen binnen komen en zij plannen ook gesprekken in.

## ***Behandelaar 2 (Angst- en Stemmingsstoornissen)***

### ROM-procedure

Cliënten vullen de vragenlijst in op de locatie bij de ROM-functionaris. Direct aansluitend aan het invullen is er een gesprek met de behandelaar over de resultaten. Bij Angst & Stemming wordt de OQ-45 afgenomen met aanvullend nog een klachtenspecifieke lijst. De gebruikte software is van Questmanager.

Er was sprake van dat de SQ-48 geïntroduceerd zou worden, maar de behandelaar had van de ROM-coördinator begrepen dat dat toch niet het geval is. Hij vindt dat jammer, want hij heeft zelf in de werkgroep gezeten die deze lijst heeft laten ontwikkelen bij een academisch ziekenhuis. De SQ-48 vindt hij informatiever dan de OQ-45. De SQ-48 lijkt meer op de BSI die ze vroeger gebruikten en geeft veel meer informatie over de klachten, en daar kan hij veel mee. De OQ-45 is veel algemener en zegt hem minder. Hij snapt wel dat je die voor benchmarken kunt gebruiken. Hij gebruikt de SQ-48 wel in het gesprek met de cliënt en de OQ-45 niet. Inmiddels (20 april 2015) is besloten de SQ-48 wel te gaan gebruiken en de OQ-45 te laten vervallen.

### Introductie ROM

De behandelaar is, vanwege zijn affiniteit met psychodiagnostiek, vanaf begin bij de opzet van ROM binnen de instelling betrokken. Voor hem was daarin belangrijk het verschil duidelijk te maken tussen psychodiagnostiek en ROM-metingen. Het idee heerste een beetje dat psychodiagnostiek dan wel afgeschaft kon worden, terwijl hij vindt dat het twee verschillende dingen zijn. Daarom was het voor hem van belang om vanaf het begin af aan bij de opzet betrokken te zijn. Hij heeft ook een tijdje als psycholoog in het ROM-team gezeten, er intern uitleg over gegeven. Niet alle behandelaren waren er zo enthousiast over als hij, . Inmiddels wordt de ROM over de hele linie wel geaccepteerd. Hij denkt dat

de ROM, een belangrijke functie heeft in cliënten enthousiast te maken voor de behandeling. Maar het zou ook goed zijn om het meer in het team te gebruiken, zodat je bijvoorbeeld aan een afsluiting kunt denken als blijkt dat behandeling al een tijdje niet meer zoveel oplevert.

In begin heeft hij wel intern uitleg gehad over wat je met de grafiek en de uitkomst kunt doen en hoe je dat kunt bespreken met de cliënt, maar het kan geen kwaad dat dit weer eens herhaald wordt. Er zijn collega's die er weinig mee hebben gedaan en dan zakt het weer weg, of die er meer moeite mee hebben.

### Terugkoppeling

Meestal laat hij de cliënt meekijken op de computer naar de grafieken, omdat dat hen meer zegt dan een beschrijving. In die beschrijving staat wat de resultaten zeggen, maar de grafieken zijn beeldender. Hij laat ze alleen niet zien als hij inschat dat de cliënt er niets mee kan. Maar meestal begrijpen cliënten de grafieken prima met uitleg van hem erbij. Het valt hem op dat als er een minder goede score uitkomt, of achteruitgang, dat hijzelf daar soms meer van schrikt dan de cliënt. Hij denkt dan vooraf 'hoe ga ik het nieuws zo brengen dat cliënt niet gedemotiveerd raakt?', maar de cliënt zelf blijkt er dan vaak een prima verklaring voor te hebben. En als dat niet zo is, vertelt hij vaak dat je in een therapie in het begin vaak wat achteruit gaat en daarna pas vooruit. Maar soms weten zowel cliënt als behandelaar niet goed waardoor het komt en dan is het wel belangrijk dat je iemand gemotiveerd houdt voor behandeling. Als iemand langdurig niet vooruit gaat, is dit een goed argument om te bespreken dat het niet handig is om op deze manier door te gaan en dat een andere behandelaar of een ander zorgpad misschien beter passend is.

Elke drie maanden wordt een tussenmeting gedaan. Die ROM-meting komt niet altijd op een handig moment. Dus soms vraagt hij een extra ROM-meting aan als hij denkt dat de tussenmeting wat eerder plaats moet vinden, bijvoorbeeld als hij denkt aan tussentijds afsluiten. Voorheen was de ROM-meting elk half jaar en dat was echt te lang en had je eerder behoefte aan een tussenmeting. Dus drie maanden is al wel beter en met dat interval kun je vrij goed aansluiten bij de behandeling. Ook met het oog op de benchmark is dat interval goed, zodat je snel goed zit met je meting. Als de cliënt een ROM-meting heeft gedaan, maar de behandelaar vindt niet zo'n goed moment, dan staat hij er minder lang bij stil in de behandeling. Hij komt er sowieso wel op terug als hij ziet dat het gedaan is. Maar vaak vragen cliënten zelf ook wel om de uitkomsten. Meestal heeft hij zelf van tevoren alvast de resultaten bekeken, maar soms ook samen met de cliënt, als het hem ontglipt is dat het gedaan is.

### Voordelen ROM

Door de metingen kun je samen met de cliënt kijken wat er uitgekomen is. Het is mooi dat je kunt zien als een cliënt vooruit is gegaan. Dat is ook een stimulans voor de cliënt om door te gaan met de behandeling. Maar het komt ook regelmatig voor dat de cliënt gelijk blijft of zelfs achteruitgang laat zien. Dan is het goed om samen met de cliënt te kijken waar dat aan ligt en hoe hij of zij denkt dat dat komt. Het valt hem op dat cliënten dat over het algemeen heel goed aan weten te geven wat daarin meespeelt. Het geeft hem inzicht in waar ROM-scores door komen en ook aanknopingspunten wat te doen om het dan toch beter te laten gaan. Ook in het gezamenlijke BPO (behandelplanoverleg) pakt hij vaak even de ROM-scores erbij als hij hoort dat de behandeling van een cliënt niet zo lekker loopt. Dan wordt bekeken welke informatie de ROM-scores daar overgeven.

Het voordeel in vergelijking met behandelingen toen er nog geen ROM-lijsten waren, vindt hij dat je nu toch eerder geneigd bent tot afronding als je ziet dat iemand overal in het groen zit, terwijl diegene toch door wil gaan. Voorheen was er de neiging om door te behandelen tot het einde van het zorgpad, terwijl dat niet altijd nodig is.

#### Verbeterpunten

In het begin werd de ROM-meting vóór de intake gedaan. Hij ziet een intake op zich al als krachtige interventie, omdat er iemand serieus naar de klachten luistert en kijkt hoe die aan te pakken. Nu doen ze de eerste ROM-meting na intake, dus een stukje effect van intake raak je kwijt en dus ook een stukje effect van de behandeling. Ook kan de ROM-meting je input geven voor de intake, die je mist als je alleen met een klinische blik kijkt.

Vaak is het rond het eind van de behandeling lastig om aan de ROM-meting te denken, omdat er al veel procedures rond afsluiting zijn waar je aan moet voldoen. Het zou misschien geautomatiseerd kunnen worden. Dat wanneer je afsluit in het EPD, er een melding op je scherm omhoog komt waarin staat: 'heb je ROM gedaan?'. Maar hij ziet dat niet zo snel gebeuren, want EPD's zijn nu eenmaal niet flexibel. Nu staat dit op een losse checklist, waar hij niet altijd naar kijkt. Uiteindelijk komt wel naar boven dat je de ROM-meting bent vergeten, maar dan is cliënt al weg en moet je er weer achteraan bellen.

#### Geaggregeerde gegevens

Uitkomsten op geaggregeerd niveau worden niet gebruikt in team. Soms wordt wel de opmerking gemaakt dat ze als afdeling redelijke behandelresultaten hebben, maar dat wordt niet apart behandeld, of bij stilgestaan, inmiddels (15 april 2015) wel.

#### Aanbevelingen andere instellingen

Je wordt pas enthousiast als je het gaat gebruiken en je ziet dat het effect heeft en de cliënt het leuk vindt en erom gaat vragen. Belangrijk is in elk geval om de resultaten daadwerkelijk terug te koppelen aan cliënt, want anders ziet die er niet veel van terug. Het zou zonde zijn als de energie die gestoken wordt in ROM-metingen alleen voor benchmark is.

Psychologen hebben misschien iets meer affiniteit met meten en grafieken dan andere behandelaars, zoals spv-en. Hij kan zich dan ook voorstellen dat het lastiger is om hen zover te krijgen dat ze het ook gaan gebruiken. Maar daarvoor is dan ook het verslag dat gemaakt wordt door de ROM-functionaris, als je niet veel met grafieken hebt. Nog veel collega's zien ROM als hoop gedoe en extra, ondanks dat er naar zijn mening goed gefaciliteerd wordt door de instelling.

#### ***Manager behandeling, ROM-functionaris Angst en Stemming, en kwaliteitscoördinator***

#### ROM-procedure

In het MDO (multidisciplinair overleg) wordt altijd de ROM open gezet bij de bespreking van een cliënt ('je kan wel zeggen dat het zus of zo gaat, maar laten we even kijken naar het plaatje'). De manager is nu ook aandachtsmanager ROM geworden, wat inhoudt dat hij er regelmatig overleg over heeft met de directeur en de kwaliteitsmanager. Dan ga je steeds meer de leuke kanten ervan zien. Om de ROM goed te laten lopen, is het volgens hem van belang dat de manager ROM als prioriteit blijft zien. De GGZ is er goed in om elke maand een nieuwe prioriteit of stokpaardje te hebben. Je moet ROM zo inzetten dat er

toegevoegde waarde is voor de cliënt en de behandelaar, en dat continu onder de aandacht blijven houden in MDO's en het managementoverleg. En dan dus ook de keuze maken om andere dingen te laten vallen. Een keer per twee weken is er overleg met alle klinisch psychologen en dat is ook nodig om iets uitgerold te krijgen, want dan gaan zij het trekken.

Binnen de instelling is ROM één van de vele dingen waar je aan moet denken (brief aan de huisarts, behandelplan, etc.). Daarom is er een checklist gemaakt voor behandelaren waar onder andere op staat wat je met ROM moet doen. Deze checklist is ingedeeld in intakefase, behandelfase en einde zorg. En dan staat er per fase waar je allemaal rekening mee moet houden. Het doel van het management is om checklist steeds korter te maken.

#### Kwaliteitscoördinator

T/m 2013 werd binnen de instelling vooral op de ROM-respons gestuurd, maar in 2014 is het motto 'De cliënt vraagt om zijn eigen ROM' gelanceerd. Om de visie uit te dragen dat je de cliënt ermee in eigen regie kunt zetten en dus een inhoudelijk zwengel aan ROM te geven. De manager vult aan dat er echt een paradigmaverschuiving aan de gang is, ook met het oog op de participatiemaatschappij. De cliënt verleiden om die verantwoordelijk te maken voor zijn cijfers en dat de cliënt de behandelaar erop moet aanspreken als uitkomsten niet dalen.

#### ROM-functionaris

De ROM-functionaris is vanaf het begin af aan (2007) binnen de afdeling Angst en Stemming ingezet. Vanuit het secretariaat wordt aan elke intake een ROM gekoppeld. Na de intake is er overleg tussen de behandelaar en de ROM-functionaris over de specifieke lijst die ingezet moet worden. 1x per 3 maanden moet er een vervolg ROM komen. Deze wordt door hemzelf doorgepland in de agenda. De eerste vervolgmeting is eveneens op locatie bij de GGZ Breburg in het bijzijn van de ROM functionaris. Op dat moment benadrukt hij nog eens extra aan de cliënt waarom ROM belangrijk is voor de behandeling. Ook wordt er dan uitgebreid stilgestaan met de cliënt bij het resultaat. Hij merkt dat het voor cliënten zelf duidelijk en eenvoudig is om te begrijpen. Zo had een cliënt bijvoorbeeld vanuit haar omgeving gehoord dat ze minder depressief was, maar ze had zelf dat gevoel nog niet. De grafiek liet vervolgens een sterk dalende lijn zien van de klachten. Dat vond ze een leuk inzicht. Bij de eerste meting (dus na de intake) merkt ROM-functionaris vaak dat cliënten niet weten waar het voor dient. De folder die ze erover hebben thuisgestuurd gekregen, hebben ze vaak niet gelezen. Dan moet hij dus goed uitleggen wat het is. Hij merkt dat hij cliënten maar weinig hoeft te helpen qua het snappen van invullen, maar wel dat cliënten vaak moeite hebben met de vraagstelling van vragenlijsten, omdat er vaak dubbele ontkenningen in worden gebruikt.

De ROM-functionaris draait productie met de ROM-meting, en neemt werk uit handen, zolang deze maar dichtbij het team zit (niet twee gescheiden werelden). Per behandelteam is één van de ROM functionarissen aandachtsfunctionaris. Voor vragen kunnen teamleden altijd bij die ROM-functionaris terecht. Bijvoorbeeld met vragen over hoe ze de uitkomsten moeten lezen. Soms zijn cliënten lastig om te ROMmen, bijvoorbeeld vanuit de pathologie. De ROM-functionaris en de behandelaar bespreken dan hoe ze die toch in beeld kunnen houden. ROM-functionarissen hebben afgelopen jaar ook belangrijk aandeel gehad in deskundigheidsbevordering bij behandelaren middels het geven van een training over ROM, waarin zij op basis van o.a. casussen met behandelaren bespreken hoe ze gegevens kunnen terugkoppelen.

### Terugkoppeling

In ieder advies en evaluatiegesprek worden de uitkomsten op de ROM met de cliënt doorgenomen. Bij de eerste vervolgmeting legt de ROM-functionaris aan cliënt uitgebreid uit wat ROM-score betekent en direct aansluitend is er overleg met de behandelaar, die deze scores kan gebruiken voor het behandelplan. Grafieken worden uitgeprint en aan de cliënt meegegeven, samen met het verslag dat de ROM-functionaris heeft geschreven. Een kort verslag van iedere ROM meting komt in het EPD.

In de behandelplanbespreking wordt ook vaak de ROM open gezet en dan wordt even doorgesproken hoe het zit. Dat maakt het ook leuk en houdt het fris bij iedereen.

### Voordelen ROM

De manager is ook behandelaar. Hij ziet als grootste toegevoegde waarde van ROM dat je de behandeling kunt verbeteren. Op basis van objectieve gegevens krijg je een heel ander soort gesprek. Hij gebruikt liever SQ-48 i.p.v. OQ-45, want die vindt hij meer zeggen. De cliënt ziet meteen visueel hoe het loopt. De bespreking is ook een validatie van wat de cliënt heeft ingevuld. Als het lijntje daalt is het gesprek erover vaak snel en makkelijk. Als het stijgt, dan vraag je aan de cliënt waarom dat zo is volgens hem of haar. En heeft de cliënt het idee dat de behandelaar iets laat liggen? Vaak zeggen cliënten dan dat het niet aan de behandelaar ligt, maar dan zegt hij dat ze hem niet moeten sparen. We zitten hier om het lijntje te laten dalen, dus zeg maar wat er volgens jou moet gebeuren. ROM helpt hem om als behandelaar nog veel bewuster in de behandeling te gaan staan. I. Ook bij complexe problematiek is ROM stimulerend voor de behandelaar om meer sturend te kunnen zijn in de behandeling en niet teveel mee te gaan in het steeds wisselende of weinig constructieve appel van sommige cliënten.

### Geaggregeerde gegevens

Er is terugkoppeling aan het team over geaggregeerde gegevens middels de zogenaamde "Onze zorg in maat en getal". de instelling maakt deze rapporten voor de programmaraden. Deze raden trekken de inhoudelijke doorontwikkeling van de zorgpaden. Er zit iemand in van bedrijfsvoering, een manager behandeling, een paar behandelaren en een ervaringsdeskundige. Er is een uitgave getiteld 'onze zorg in maat en getal', waarin de ROM-uitkomsten gekoppeld worden aan de zorg die is geleverd (bijvoorbeeld: hoeveel minuten, contacten, doorlooptijd duurt een zorgpad en in hoeveel gevallen (percentage) is de cliënt opgeknapt?). Op basis van de OQ-45 wordt daarin teruggekoppeld hoeveel mensen verbeterd, verslechterd of gelijk gebleven zijn. Dit hebben ze nu twee keer gedaan. In de toekomst willen ze ook de delta T erin integreren. Het is in principe de bedoeling dat de programmaraden de informatie toespelen aan de behandelaren.

### Aanbevelingen andere instellingen

- Het juiste motto kiezen en de juiste boodschap aan ROM hangen, zodat het ook inhoudelijk logisch is dat je het gaat doen.
- De cliënt verleiden, dus ergens een moment inbouwen waarop je cliënt duidelijk uitlegt wat de bedoeling ervan is, dat deze het snapt en in regie kan komen.
- Meerdere trekkers die uitdragen waarom ROM belangrijk is.
- Goede training geven aan behandelaren over het gebruik van ROM in het gesprek met de cliënt. Deze training moet ook echt op maat gemaakt worden voor de doelgroep waar de behandelaren mee werken.

- Bespreken in het MDO. Daarin ook de sfeer creëren dat uitkomsten gewoon besproken kunnen worden, en niet 'doe ik het wel goed?'. Dan voel je je vrij en probeer je het gewoon. Het gaat om de trend en de grote lijn, niet om elke punt of komma.
- In de checklist (staat op algemene schijf) staan letterlijke zinnen uitgeschreven hoe je ROM kunt bespreken met de cliënt. Dus als je dat even vergeten bent, of er nog niet zo vaardig in bent, kun je even spieken. Ze zijn ook een team met relatief veel jonge psychologen, die zo'n checklist ook serieus nemen en ermee willen werken. .
- Korte lijnen tussen de ROM-functionaris en het team.
- De ROM-functionaris geeft grafieken uitgeprint mee aan cliënt, zodat deze er thuis over na kan denken. De ROM-functionaris maakt ook een verslag van een meting gericht op cliënt ('u scoort dit. We zien wel/geen vooruitgang', etc.).
- Binnen de programmaraden kijken hoe je kunt Leren van ROM.
- Het is belangrijk dat je op meerdere niveaus iets doet wat relevant is, zodat dat leidt tot mensen die de boodschap ook relevant gaan vinden.
- ROM-cijfers worden ook gebruikt voor de huisarts (in de afsluitbrief zetten: aan deze thema's is gewerkt en dit wordt ook bevestigd door ROM-scores). Dit kan ook helpen bij een heraanmelding, want dan pak je de afsluitbrief er vaak bij. Dan zie je ook de ROM-scores weer en gaat het ook op die manier onderdeel uitmaken van je behandeling.

### **2.2.3 Middelgrote instelling voor ambulante GGZ (zorgdomein Volwassenen kort)**

#### ***Interviews met een psychotherapeut en een psycholoog (voornamelijk generalistische Basis-GGZ)***

##### ROM-procedure

Binnen het zorgdomein Volwassenen Kort mailt het secretariaat na het intakegesprek een beveiligde link naar de vragenlijsten aan de cliënt. De BSI is daarin opgenomen voor de ROM. In de Basis GGZ blijft ROM beperkt tot de BSI, in de specialistische GGZ kun je ervoor kiezen om daarnaast bijvoorbeeld nog een BDI klaar te zetten. De cliënt vult de vragenlijst zelfstandig thuis in. Als de cliënt geen e-mail heeft, of de voorkeur heeft om de vragenlijsten op papier in te vullen, krijgt hij de vragenlijsten per post thuisgestuurd en voert het secretariaat de uitkomsten in het EPD in. Bij het adviesgesprek kan de uitkomst op de klachtenlijst, samen met de uitkomst van het intakegesprek, dan met de cliënt besproken worden. Vervolgens is de afspraak dat de behandelaar ongeveer na elke zes behandelcontacten opnieuw de link naar de vragenlijsten naar de cliënt verstuurt, gekoppeld aan het moment dat ook een behandel-evaluatie plaatsvindt. De vragenlijsten worden via de applicatie van Telepsy aan de cliënt verstuurd.

##### Ervaringen

Behandelaar 1: Toen ROM werd geïntroduceerd door de instelling bij haar, was in eerste instantie haar reactie dat het weer iets is dat erbij komt. Maar ze zag er al snel het positieve van in. Nu is het een automatisme geworden en vindt ze het ook leuk om het met de cliënt te bespreken. Ze vindt het eerder voor de cliënt een extra belasting, omdat die het moet invullen. Maar als je als behandelaar goed uitlegt waarom het is, zoals dat het belangrijk is met het oog op de evaluatie, dat ze dan kunnen zien wat het effect is en dat ze eventuele bijzonderheden in kaart kunnen brengen, dan doen cliënten het gewoon en zijn ze er gemotiveerd voor. Ze legt ook aan de cliënt uit als ze een verslechtering in



scores verwacht en waar dat mogelijk door kan komen, maar dat mensen hem wel écht eerlijk in moeten vullen zoals ze zich op dat moment voelen. Ze kan zich voorstellen dat bij collega's die wat minder gemotiveerd zijn voor de ROM dan zij, het moeilijker aan de cliënt uitgelegd krijgen. Zij heeft ook wel drop-out bij de ROM-metingen (dat cliënten ook na herhaaldelijk vragen om het in te vullen het steeds niet doen, onder het mom van 'geen tijd', 'link werkte niet', 'vragenlijst niet gehad', etc.), maar haar ervaring is dat die mensen dan ook vaak algeheel drop-out voor behandeling worden.

Behandelaar 2: Toen zij bij de instelling kwam werken, werkten ze al met de BSI, dus daar is ze gewoon in meegegaan van 'dat moet je doen'. Ze heeft er geen aparte uitleg of introductie over gekregen. Ze ziet liever zelf met haar klinische blik hoe het met een cliënt gaat, dan dat ze dat aan een vragenlijst afziet. Cliënten doen het wel, maar ze zien zelf ook wel dat het heel subjectief is. Dat vertelt ze ook vooraf wel aan de cliënten (als je een slechte week hebt gehad, kan het zijn dat dit in de scores terug te zien is). Cliënten zien het volgens haar ook als iets dat moet. In de behandelovereenkomst met cliënt is opgenomen dat ze vragenlijsten moeten invullen voor, tijdens en bij afsluiting behandeling.

#### Terugkoppeling

Behandelaar 1: De terugkoppeling is in principe meteen bij het eerstvolgende consult, maar soms is er een noodsituatie, of komt een cliënt met andere zaken die hij dringend wil bespreken en dan komt de bespreking pas het volgende consult aan bod. Dan zit er dus wel wat meer tijd tussen. Voor de terugkoppeling aan de cliënt pakt de behandelaar het Excelbestandje erbij met daarin de scores. Daarin worden de klachten gecategoriseerd (lichamelijke klachten, slaapproblemen, angstklachten, etc.). In het Excelbestandje staat dan de ruwe score en ook in welke categorie dat valt (geen klachten, milde klachten, ernstige klachten, etc.). Bij de beginmeting zijn vaak de scores op heel veel categorieën hoog, dus dat moeten ze dan wel aan cliënten uitleggen. Eventueel kan een cliënt dat uitgeprint meekrijgen, maar dat doet ze eigenlijk nooit. Grafiekjes maken doet ze niet. Bij voormeting is dat ook niet zo nodig, omdat er dan toch nog maar één meting is. Maar bij vervolgmetingen kan het handig zijn, ook al ziet ze de vorige scores dus ook wel in het Excelbestandje en kan ze aan de hand daarvan met cliënt overleggen welke veranderingen er ten opzichte van vorige keer zijn geweest. Ze legt meestal eerst aan een cliënt uit wat de scores zijn en welke veranderingen er zijn geweest en dan gaat ze daar samen met de cliënt bedenken welke verklaringen daarvoor zijn. Soms hebben beiden geen verklaringen en dan besluiten ze vaak dat ze een volgende meting afwachten om te kijken hoe het dan is.

Behandelaar 2: Binnen de Basis GGZ bespreekt ze de vragenlijst überhaupt niet, want dan heb je meestal hooguit zeven gesprekken en dus geen tussenmeting (soms bij elf gesprekken nog wel). En bij de eindmeting is de cliënt al weg. Binnen de specialistische GGZ kijkt ze wel eens naar de metingen, maar dan vooral als de cliënt erom vraagt. Maar als de cliënt al aangeeft dat de meting toch niet betrouwbaar is, bijvoorbeeld omdat die week was de kat overleden, dan kijkt ze er niet naar. Dan stelt ze zelf liever vragen als 'hoe vindt je zelf dat je functioneert?', 'wat gaat er volgens jou beter?', 'wat gaat er volgens jou slechter?', aan de hand van een tussenevaluatieformulier. Qua terugkoppeling kijkt ze niet naar de grafieken (was ook niet op de hoogte dat dat kon), maar naar de scores in tabel. Die laat ze dan aan cliënt zien en geeft er uitleg bij.

### Tijdstip tussenmetingen

Behandelaar 1: Als ze een lange psychotherapie geeft van wel 25 sessies doet ze niet elke zes sessies een tussenmeting. Dan heeft ze tussen 10-12 sessies een evaluatiemoment en dus nieuwe vragenlijsten. Ze zijn er zelf als behandelaar vrij in om te bepalen wanneer die tussenmeting het handigst kan plaatsvinden. Als ze een evaluatie inplant, hoort daar voor haar automatisch 'de ROM' bij, waardoor ze dan niet vergeet om de vragenlijsten op te sturen naar de cliënt. Ze zijn bij de instelling wel bezig om de verzending van de ROM te automatiseren zodat de behandelaar dat dan niet meer zelf hoeft te doen.

### Verrast door ROM-resultaten

Behandelaar 1: Ze is wel eens verrast door de resultaten, bijvoorbeeld dat iemand bij beginmeting eigenlijk alleen maar lage of gemiddelde klachten laat zien, dus wat komt zo iemand dan doen? Daar blijkt dan persoonlijkheidsproblematiek of afweer aan de hand te zijn, dus kan ze wel degelijk wat doen. Andersom heeft ze ook iemand in behandeling die zijn klachten juist erger voordoet dan ze zijn. Dat heeft ze toen met die man besproken en toen hebben ze afgesproken de vragenlijst nog eens in te vullen op een moment dat hij zich écht goed voelt, zoals hij zich altijd wel zou willen voelen. Toen bleken scores nog steeds relatief hoog te zijn. Dus toen was de conclusie van haar en de cliënt dat hij dingen dan toch op een wat andere manier ervaart dan de gemiddelde mens en zijn scores dus altijd iets erger zijn.

### Verandering in behandeling op basis van ROM-resultaten

Behandelaar 1: Ze heeft wel eens iets in een behandeling verandert op basis van de ROM. Dan bleken de angstklachten ineens erg, terwijl ze met een depressiebehandeling bezig is. Dus dan heeft ze wel met de cliënt gekeken of ze nog op de goede weg bezig waren, of dat ze wat extra aandacht aan die angst moesten gaan besteden. Dat hebben ze toen gedaan.

Verder heeft ze het idee dat mensen die ze lang in behandeling heeft, met wie ze psychotherapie doet, en die echt introspectief bezig zijn, dat die meer aan de ROM-scores hebben en daar echt over nadenken, dan andere cliënten. Die vullen het alleen in omdat het hen gevraagd wordt, maar denken na de bespreking thuis niet verder na over waar ze misschien toch nog iets mee moeten op basis van de uitkomsten. De psychotherapiecliënten zijn ook meestal die cliënten die zelf om de uitslag vragen en daarin echt geïnteresseerd zijn.

### Voordelen ROM

Behandelaar 1: Ze ziet ROM vooral als een extra bevestiging van hoe het loopt. En het laat je dingen zien waar je normaal gesproken wat minder aandacht voor zou hebben, bijvoorbeeld als er opeens een hoge score uitkomt. Of een score blijft maar hoog, zodat je daar wat extra aandacht aan kunt besteden. Ook kan het zijn dat sommige dingen die buiten het behandelplan of de doelen waar je aan werkt vallen, toch ineens belangrijk blijken te zijn. Met name interpersoonlijke problemen, zoals hostiliteit of wantrouwen, die de cliënt dan niet eerder heeft ingebracht.

De BSI vindt ze een prettig instrument om mee te werken, want je kunt er veel in terugvinden. Ze kan zich overigens niet herinneren dat ze daar training in hebben gekregen hoe daarmee te werken, of dat ze inspraak hebben gehad dat die lijst gebruikt ging worden.

Je legt door het gebruik van ROM 'meer bij de cliënt neer'. De cliënt kan er zelf ook over nadenken.

Ze is ROM 'gewoon gaan doen' en merkte in het gebruik dat ze het prettig vond.

Behandelaar 2: binnen de specialistische GGZ, met een langere behandeling, is het in principe handig dat je iemand kunt opvolgen en met de cliënt kunt bespreken hoe de klachten veranderen.

#### Geaggregeerde gegevens

Behandelaar 1: Misschien dat het management wel per afdeling of stoornisgroep kijkt naar geaggregeerde gegevens, maar zij als behandelaar krijgt daar niets van mee. Wel heeft ze in haar 'PI-gesprek' (prestatie-indicator) wel eens te horen gekregen over hoe haar ROM-percentages zijn en wat de mate van verbetering van haar cliënten is. Dat vond ze soms wat tegenvallen, maar heeft haar niet aangezet om dat eens nader te onderzoeken of dan iets te veranderen. Je hebt het niet altijd in de hand en zij doet ook veel persoonlijkheidsproblematiek, die nu eenmaal wat moeilijker opknappen. Ook is er per stoornisgroep één keer een terugkoppeling geweest hoe het ging, maar dat weet ze niet meer precies.

Behandelaar 2: Misschien staat er in het jaarverslag wel iets over geaggregeerde gegevens, maar ze heeft geen idee wat daaruit komt. Per mail is er in elk geval niets over teruggekoppeld.

#### Verbeterpunten en tips

Behandelaar 1: Vragenlijsten geven een momentopname weer en met name in lange behandelingen vindt ze het dan niet altijd een juiste weergave, omdat het zo afhankelijk is van het toestandsbeeld op dat moment. Twee weken later kan beeld weer anders zijn. Maar dat probleem lijkt haar moeilijk te ondervangen.

Behandelaar 2: Nadeel van de BSI is dat je meet over de afgelopen week. Met griep of overlijden in die week scoor je hoog, wat logisch is, en dan is het geen objectieve maatstaf. Verder zou het toevoegen van klachtenspecifieke lijsten een verbetering kunnen zijn, maar dan ben je weer veel tijd van je sessie kwijt als je dat allemaal gaat bespreken. De BSI bespreken kost een paar minuten (tenzij iemand over alle schalen uitleg wil hebben in begin), maar met andere lijsten erbij ben je dan misschien wel 20 minuten kwijt. En als iemand zelf al veel wil bespreken is dat zonde, met name binnen de eerste lijn.

#### Tips om ROM te gaan gebruiken

Behandelaar 1: Om het echt in de behandeling te gebruiken moet je het gewoon gaan doen. En de cliënt er écht in betrekken. Dan ga je er vanzelf het voordeel van inzien.

Soms wordt de ROM ook besproken bij de tussentijdse evaluatie in het team. En dat kan helpen om het andere behandelaars ook eigen te maken.

Behandelaar 2: Het helpt om eraan te denken naar de scores te kijken, doordat de ROM genoemd staat in de behandelovereenkomst met de cliënt. In de specialistische GGZ bespreken de hoofdbehandelaars sowieso ROM-scores met cliënt, dus dan vragen cliënten soms ook zelf om het te bespreken als ze weer lijst hebben ingevuld.

## ***Interviews directeur zorg en contactpersoon SBG***

### ROM-gebruik in de dagelijkse praktijk

DirecteurZorg: Het is een kleine instelling, dus er kan wat makkelijker gestuurd worden en er is goed te volgen wat er gebeurt. Ze monitoren maandelijks hoe het met de ROM respons gaat op de afdelingen. Verder zijn er voor de volwassenen geschikte vragenlijsten voorhanden die ook goed ingepast kunnen worden in het werkproces.

Contactpersoon: De BSI (of eigenlijk de SCL-90 in eerste instantie) maakte deel uit van de testbatterij die al gebruikt werd bij de intake. Nametingen waren nieuw, maar beginmetingen niet, dus dat maakte invoer makkelijker. Ze werkten ook al met digitale lijsten en hadden overeenkomsten met leveranciers. Wat mee heeft gewerkt is dat door de directie werd uitgedragen dat dit de werkwijze was en dat managers daar toezicht op hielden. Ze monitoren ook sterk bij behandelaren: bij elke behandelaar wordt gemeten of de behandelaar de vragenlijst heeft uitgezet bij de cliënt, wat de respons is en wat het resultaat. Behandelaren wisten dus ook dat daarnaar gekeken werd. Vervolgens kon op maat afspraken worden gemaakt met behandelaar als een van de drie niet bleek te lopen.

### ROM-procedure

Directeur zorg: Er is één iemand in de instelling die eenmalig scholing aan alle hulpverleners heeft gegeven over ROM in aparte bijeenkomsten. Daarin is ook uitleg geweest over hoe je het in behandeling kunt gebruiken met grafieken etc. Diegene is ook aanspreekpunt/helpdesk voor de hulpverleners als ze vragen hebben over ROM. Iedereen kent haar en ze is makkelijk/laagdrempelig aanspreekpunt. Als hulpverleners vragen stellen, krijgen ze direct reactie van haar. In het begin na de introducties was er veel weerstand en kwam het moeilijk van de grond. Maar dat komt ook omdat naast ROM ook de Basis GGZ en e-health werden ingevoerd. Bij volwassenen ging de invoer makkelijk, omdat daar de BSI al gebruikt werd in de intake. De extra metingen invoeren met die lijst was daardoor relatief eenvoudig. Er is binnen de instelling geen standaard ontwikkeld voor hoe behandelars de ROM-uitkomsten kunnen bespreken met cliënt: er is wel gezegd dat behandelars het moeten bespreken met de cliënt, maar er is geen zicht op in hoeverre en hoe ze dat doen.

Contactpersoon: De testbatterij was al inhoudelijk gedreven en de vragenlijst al wel bekend. Er zijn geen extra inhoudelijke trainingen gegeven over hoe de vragenlijsten af te nemen en te interpreteren. Psychologen weten hoe ze vragenlijsten moeten interpreteren. Als iemand het niet zou weten, gaan ze ervan uit dat die dat aangeeft. De meeste behandelaren hebben volgens haar daarom ROM wel makkelijk opgepakt en opgenomen in hun werkwijze. Er is wel met verschillende manieren van afname van de lijsten geëxperimenteerd: in de wachtkamer invullen, ter plekke bij de psycholoog tijdens het consult, maar uiteindelijk bij voorkeur per mail of post thuis al invullen. Als een nieuwe behandelaar wordt aangenomen, krijgt deze een inwerktraject, waarbij hij met verschillende mensen meeloopt, waaronder de ROM-aandachtsfunctionaris. Die legt dan uit hoe het werkt tijdens het inwerktraject. Ook staan de praktische/administratieve ROM-procedures in het kwaliteitshandboek beschreven.

### ROM-uitkomsten voor management

Directeur zorg: BRaM levert overkoepelende stuurinformatie op. Het maakt zichtbaar wat de effecten zijn. Zo was het leuk om te zien dat hun afdeling Kinder en Jeugd veel hoger scoort dan het landelijk gemiddelde. Bij volwassenzorg scoorde angst en depressie wat

aan de lage kant. Dat zet wel aan het denken hoe dat kan en wat ze daaraan kunnen doen. Dus als stuurinformatie zijn ROM-gegevens handig. Het is wel onhandig dat je gegevens uit het EPD erbij moet zoeken om meer duiding te kunnen geven aan cijfers.

Contactpersoon: Elk jaar kijkt de directie naar wat ze belangrijk vinden om te meten. Daarvoor maken ze prestatie-indicatoren. Daar is ROM ook onderdeel van. De overzichten van de PI's worden elke maand voor een hulpverlener gemaakt. Dat overzicht wordt eerst met manager besproken, die bespreekt het vervolgens met de behandelaar. De behandelaar krijgt het overzicht elke maand ook rechtstreeks van de directie. Er zijn verder managers die maandelijks beleidsoverleg hebben met hun teams en daarin ook terugkoppelen hoe ze er voor staan met ROM (het gaat dan vooral om respons en niet zozeer om resultaat). Andere managers doen het per individuele behandelaar.

#### Verbeterpunten en tips

Directeur zorg: ROM is nog steeds niet iets wat automatisch gaat en er moet veel aandacht voor blijven. Bij aanlevering aan SBG zijn er nog steeds veel foutmeldingen. Als mensen eenmaal afgesloten zijn, krijg je de vragenlijst nauwelijks terug. Daarom is er de afspraak om bij het één na laatste gesprek de vragenlijst in te laten vullen, desnoods op papier in gebouw.

Verder is het belangrijk dat er iemand is die helemaal snapt wat de bedoeling is van ROM en altijd aanspreekbaar is voor mensen voor vragen over ROM.

Ook motvieren eerste goede resultaten die binnen komen uit BRaM om verder te gaan. En ook bij mindere resultaten motiveert het om te kijken waaraan dat ligt.

Contactpersoon: Het behandeltraject en de DBC zijn twee verschillende dingen die niet parallel lopen. Metingen in het behandeltraject lopen anders (voor parallel geopende DBC moet dan weer een nieuwe meting worden gedaan, terwijl net de week ervoor voor eerste DBC een meting is gedaan). Meetmomenten SBG kunnen dus wel wat meer afgestemd worden op praktijk.

Cliënten hadden veel weerstand: 'ik kom om te praten met psycholoog, niét om vragenlijsten in te vullen'. Daar is aan de behandelaars goed uitgelegd wat het belang is, zodat die dit goed aan de cliënten kunnen overdragen.

#### **2.2.4 Grote geïntegreerde GGZ-instelling (zorgdomein Volwassenen lang)**

***FACT-team: verpleegkundig specialist, betrokken bij implementatie van ROM, behandelaar/teamcoördinator, ROM-coördinator.***

#### ROM-procedure

In dit team worden de volgende lijsten gebruikt in ROM: HoNOS + functionele remissieschaal en MANSA. Ook de Scott Miller screener en assessment wordt afgenomen, maar zit niet in de ROM. ROM maakt onderdeel uit van de zorgprogramma's. ROM instrumenten worden bij intake afgenomen, en verder jaarlijks en aan het eind van de behandeling (bij afsluiting of verlenging van de dbc). Ook wordt ROM uitgerold naar de eerste lijn, als cliënten overgaan.

ROM wordt op dit moment door alle behandelaren bij alle FACT cliënten jaarlijks gedaan, bij het opstellen en evalueren van het behandelplan. HoNOS en Mansa zijn zo beide de opmaat voor het behandelplan, om behandeling af te sluiten en om cliënten te volgen. Binnen 6 weken na de intake moet de ROM zijn afgenomen. Dit gebeurt nu standaard, maar dat heeft wel een tijdje geduurd. Als een cliënt weigert of het is niet passend om te ROMmen, wordt de lijst wel geopend en probeert men het later weer. Er is nu geen tussentijdse meting, soms zou dat wel beter zijn, want de HoNOS gaat over de afgelopen twee weken en dat kan dan net in een goede of slechte periode vallen. Soms wordt er wel tussentijds gemeten als iemand naar de huisarts kan worden overgedragen, en bij ontslag.

De twee geïnterviewde behandelaren zijn beiden 'blauwdenkers', ze zijn enthousiast over ROM en doen wat van hen gevraagd wordt, ook omdat het gewoon moet. Zij zien ROM als een hulpmiddel om tot een gesprek te komen. Dat gaat als volgt. De case manager/spv en de patiënt vullen samen de lijsten in. Men gaat erover in gesprek, maar er is geen discussie; de hulpverlener bepaalt wat de HoNOS wordt, de cliënt bepaalt de MANSA.

### Ervaringen

Beide hulpverleners zijn zeer tevreden over ROM. Het helpt om even stapje terug te doen: hoe gaat het nu? Je kijkt van een afstand naar het effect van de hulp. Het voordeel van ROM is dat er gerichte vragen gesteld worden op diverse levensgebieden. Je krijgt zo een breed beeld van de problematiek. Daarnaast laat je de cliënt nadenken om naar alle onderdelen van het leven te kijken. Financiën horen er ook bij. Door een en ander uit te vragen, word je regelmatig verrast, bv als men aangeeft dat men waanvoorstellingen heeft, wat je als hulpverlener niet wist. Of je denk dat het goed gaat, maar men geeft op de MANSA aan dat men niet tevreden is over psychische gezondheid.

De HoNOS vindt men goed bruikbaar, je komt tot een goed gesprek. Het is een handige lijst om dingen in beeld te krijgen, je loopt alles door en krijgt zicht op de problemen. Het is ook een heel goed instrument om het besluit te nemen om over te dragen naar de eerste lijn. De ervaring is ook dat de HoNOS scores wel degelijk verbeteren.

Het nadeel van de HoNOS is, dat het negatief is geformuleerd, het gaat alleen over problemen. In het gesprek wordt dat benoemd: eerst kijken we naar problemen, daarna gaan we kijken wat er goed gaat. Toch zou er over andere formulering nagedacht kunnen worden.

De MANSA is belangrijk voor de relatie met de cliënt. Je bent samen aan het uitpluizen wat men wel/niet goed vindt en hoe dit terug kan komen in de behandeling. Iemand is bijvoorbeeld ontevreden over zijn werk omdat ie angstig is. Zo kom je tot de goede vragen. De Mansa van tevoren zelf thuis in laten vullen door de cliënt is ook een optie, maar dit gebeurt alleen soms. De hulpverleners hechten erg aan het gesprek, want dan kom je erachter wat mensen echt vinden. Thuis kan men ook maar wat invullen om er van af te zijn. Het gesprek brengt je verder. Men ervaart totaal geen perverse prikkel om cliënten goed te laten scoren.

Alle ROM scores worden met de cliënt en de eigen hulpverleners in een multidisciplinaire bespreking besproken en daarnaast jaarlijks zonder de cliënt in het MDO. Soms is er in het MDO discussie: is dit een 2 of een 3? De teamcoördinator is altijd bij het MDO. De teamcoördinator krijgt maandelijks een teamoverzicht met responspercentages van de ROM coördinator van de instelling.

ROM uitkomsten worden nu altijd besproken binnen het MDO. Er komen overzichten van de ROM coördinator terug maar daar wordt te weinig mee gedaan. Je krijgt een gesprek over de scores, bijvoorbeeld is dit een waan of niet, je houdt een multidisciplinaire blik op de patiënt. Als team scoren we vaak behoorlijk hetzelfde, we zitten op een lijn, maar tussen teams zou je wel eens verschillen kunnen zien. Het is geen bedreiging, men kent elkaar goed en deelt patiënten. Het zijn interessante discussies. De mensen die niet zo "facterig" zijn, gaan vaak naar andere teams. Je moet kunnen delen als je hier werkt, niet te solistisch zijn. Je wordt ook meer geprikkeld door elkaar.

Jaarlijks komen er feedback rapportages van de ROM coördinator. Hiermee kun je teams onderling vergelijken, bijvoorbeeld waar is men meer tevreden? Volgens de hulpverleners zou er meer mee gedaan kunnen worden richting zorgprogrammering: wat moet anders? Nu neemt men het aan en gaat weer aan het werk. Op instellingsniveau is er wel naar aanleiding van deze rapportages gewerkt aan een betere zorg voor seksualiteit. Dit was een voorbeeld, er kan veel meer met de ROM rapportages gebeuren. De rapportages informeren tot nu toe alleen over uitkomsten, maar niet gekoppeld aan het zorggebruik.

### Hobbels

ROM is in deze instelling vanaf 2004 geïmplementeerd als onderdeel van de behandeling en het MDO. Dit was een erfenis van de Doorbraakprojecten schizofrenie. De directie stelde dat er met ROM zou worden gewerkt, en ging zelf naar de teams om dit te beargumenteren 'dit gaan we gewoon doen'. De visie en houding van de vorige directeur was cruciaal: evaluaties moesten meer gesystematiseerd, steeds dezelfde onderwerpen aan de orde laten komen, vooral in de langdurige zorg.

In het geïnterviewde team is ROM dus heel gewoon, het zit in de routine en wordt serieus genomen. Men vraagt zich niet meer af of het moet, iedereen doet het gewoon. In andere teams waren er geluiden als: we houden niet van lijstjes, moet dat nou. Introductie van ROM verliep via aandachtsfunctionarissen die teams probeerden te motiveren. Er zijn geen discussie geweest over 'het moet van de verzekeraar'. In sommige teams moest er gezegd worden: als er geen ROM is, dan ook geen behandelplanbespreking. Er was geen keus, je moest gewoon. Het eerdere Doorbraakproject Schizofrenie heeft geholpen, het is intern verspreid.

Ook werden er ROM afkappunten bedacht voor een intensivering van de behandeling. Dit bleek een belangrijk hulpmiddel voor implementatie. Score 2 of minder op HoNOS en score 3 of meer op de Mansa betekent: hier moet ik wat mee. Dit zit nu in de hoofden en iedereen hanteert deze afspraken om de behandeling aan te passen. Het is een interne norm geworden.

Er is ook weerstand geweest. Meten was eerst lastig want het leek alsof de professionele autonomie in twijfel werd getrokken. Gewoon gaan doen, is de oplossing. Mensen hikken ook aan tegen de instrumenten, zoals de HoNOS. Het verschilt nog per team hoe men de HoNOS gebruikt in de behandelplansystematiek. Sommige psychiaters vinden het onzin. Er zou een herstel/recovery schaal bij moeten komen, maar men moet oppassen dat ROM dan niet te uitgebreid wordt.

De ICT ondersteuning voor hulpverleners is goed. De HoNOS/MANSA wordt vaak op papier afgenomen, en moet dan worden ingevoerd in het systeem. Dit schiet er heel soms bij in, maar is over het algemeen geen probleem.

Ook de komst van SBG heeft gehinderd. Nu doen we het nog alleen voor SBG, was de klacht. Maar de ROM-coördinator heeft de SBG regels zo ingevoerd dat ROM afname nog steeds samenvalt met de evaluatie van het behandelplan. De datum van de evaluatie wordt verschoven zodat ie samenvalt met de DBC.

#### Verbeterpunten en tips

Er wordt te weinig gekeken naar trends op cliëntniveau en op teamniveau. Daar kan men meer mee doen. Men gebruikt ROM nu om het behandelplan bij te stellen, maar men is minder PDCA gericht. PD wel, CA minder. Dit tekent de instelling volgens de hulpverleners: wel plannen maar minder checken en aanpassen.

De instelling wil de komende periode stappen zetten rond het leren van ROM. Men moet leren meer geaggregeerd te denken. Dit is lastig want er is te weinig vergelijkingsmateriaal. Wat je nodig hebt is een criterium, wat vind je nou goed? Hoe kun je teams uitdagen om bijvoorbeeld een eigen norm te maken en te proberen deze te bereiken. Ook wil men gegevens kunnen extraheren uit het EPD over de behandeling die de cliënt gehad heeft. Dit is nu nog vrije tekst, hoe kun je er voor zorgen dat je weet wat iemand gehad heeft?

Een ander punt is meer betrokkenheid van cliënten. Behandelaren kunnen nu hun input wel kwijt, via allerlei werkgroepen en de regiegroep. Maar wat vinden cliënten belangrijk? Ook een herstellijst staat op het wensenlijstje, maar liever weer niet allerlei initiatieven in Nederland lanceren. Het zou mooi zijn men landelijk de krachten bundelt.

ROM als onderdeel van de behandeling is de enige manier om het te implementeren. Men houdt het alleen vol als je er gebruik van maakt in de behandeling. Dit betekent dat je ook geen onderscheid kan maken tussen de zogeheten administratieve ROM en klinische ROM, zoals Delespaul bepleit. Je moet de koppeling houden met het behandelplan en creatief zijn in oplossingen vinden voor SBG eisen rond meetmomenten. Aanlevering aan SBG moet er achteraan komen en niet de eerste prioriteit zijn.

Het doel van ROM moet duidelijk zijn, en dat is niet de behoefte van de verzekeraar. Laat beginnende collega's eens mee kijken met mensen die goede ervaringen met ROM hebben. Want als het moet van buitenstaanders, dan doet men het niet. Je hebt behandelaren zelf nodig voor de implementatie, men neemt ook niet makkelijk wat van managers aan.

Iedereen zou getraind moeten zijn in de afname van de HoNOS, maar opfriscursussen zijn ook nodig. Als je het HoNOS formulier niet goed kent, is het wel een gedoe.

#### **2.2.4 Grote geïntegreerde GGZ-instelling (zorgdomein Ouderen)**

##### ***Interviews met twee psychiaters (beiden sinds kort werkzaam in het ouderenteam) en een manager van drie ouderenteams***

#### ROM-procedure en ervaringen

In dit team worden de volgende lijsten gebruikt in ROM: HoNOS 65+, en aanvullend worden de HADS en GDS.



ROM wordt standaard afgenomen bij de intake. Meestal wordt dit door anderen gedaan, meestal spv-en en psychologen. HoNOS 65+ is de verplichte lijst die jaarlijks wordt afgenomen. De coördinerend behandelaar is verantwoordelijk voor het afnemen van de jaarlijks verplichte ROM. Meestal is dit een SPV of psycholoog. Bij 5-10% van de patiënten is de psychiater de behandelaar en neemt hij zelf de ROM af.

Aanvullend worden de HADS en GDS wisselend gebruikt, door sommigen meer dan door anderen. Deze lijsten worden bij evaluatiegesprekken gebruikt, dat gebeurt in ieder geval jaarlijks. De HoNOS wordt afgenomen maar niet gebruikt in het gesprek met de patiënt. Het gebruik van de HADS en GDS varieert binnen het team. De één vindt de klinische blik genoeg, de ander gebruikt het voor zichzelf of voor de patiënt. Het is niet de bedoeling dat hier vaste afspraken over worden gemaakt. Het is juist de bedoeling dat men zelf de vrijheid voelt om de instrumenten in te zetten wanneer men dat nodig acht. Dit is voor de psychiaters vooral aan de orde als je de patiënt wilt voorstellen om de behandeling af te ronden. Als bevestiging van de eigen indruk dat de behandeling klaar is. Je geeft de patiënt een zetje. ROM is indertijd vooral geïntroduceerd als instrument om de behandelduur te bekorten. Dit is ook gelukt, de gemiddelde duur is dankzij ROM afgenomen.

ROM maakt onderdeel uit van een heel geautomatiseerd pakket. Je zit als behandelaar achter de computer tijdens het consult en vult een aantal zaken in: ROM, intake- en lab-formulieren. Dit computerwerk voelt niet heel prettig want je wilt ook in gesprek zijn. In die zin beïnvloedt het de behandelrelatie wel.

ROM wordt niet structureel besproken in het MDO, daar is geen tijd voor. ROM wordt wel in de jaarlijkse zorgafstemmings gesprekken gebruikt met de behandelaars en de patiënt zelf. Dat hangt dan ook weer van de spv af...bij de één leeft het meer dan bij de ander. De lijsten worden gezien als een hulpmiddel, men valt ook op klinische ervaring terug. Sommigen gebruiken het wel structureel, bijvoorbeeld een psychiater uit de kliniek. Misschien dat vooral jongere, cognitief gerichte therapeuten er enthousiaster voor zijn.

Eén van de geïnterviewde, net begonnen als psychiater, heeft op alle vroegere opleidingsplekken gemerkt dat er heel veel weerstand was tegen ROM. Deze instelling vormt een uitzondering daarop. Waarschijnlijk is de weerstand wel hetzelfde, maar is de organisatie van ROM veel beter. In deze instelling hebben een aantal mensen er vanaf het begin bovenop gezeten. Alle veranderingen werden direct doorgevoerd, zaken die belangrijk waren voor behandelaren werden snel geregeld. Dus de organisatie en de goede logistieke ondersteuning voor behandelaren is de reden dat ROM zo goed loopt. Dit is voor beide geïnterviewden zelfs de reden geweest om in deze instelling te gaan werken, de goede ondersteuning bij administratieve zaken als behandel-evaluaties, behandelplannen, labformulieren en alle andere eisen die aan behandelaren gesteld worden. Zo houdt men tijd en energie over voor het contact met de patiënt.

### Barrières

De HoNOS wordt niet gezien als het ideale instrument. Iemand kan psychisch opknappen, vervolgens een been breken, waardoor er alsnog een lage HoNOS score moet worden gegeven. Bovendien heeft Jim van Os ook wel een punt als hij wijst op het feit dat we een datakerkhof aan het opbouwen zijn. Belangrijk is dat men werkt met de goede lijsten, die 'de lading dekken'. Vroeger had men die. Het idee dat er 1 lijst voor iedereen zinvol kan zijn, is niet haalbaar. Een mix van observatie en zelfinvullijsten is ook zinnig.

Cliënten hebben verschillende reacties op ROM. Sommigen vinden het erg interessant om grafieken te zien. Anderen lopen wel tegen problemen aan, omdat je bij het invullen alleen ja/nee kunt kiezen. Meestal vult men de lijsten op papier in. Men waardeert positieve verandering wel, om daar over te praten. Maar soms wil men het niet invullen, bijvoorbeeld omdat men zich afvraagt hoe veilig de gegevens worden bewaard.

#### Bevorderende factor

De belangrijkste factor is de goede logistiek rond ROM, dat maakt dat ROM goed geïmplementeerd is. Vooral de geautomatiseerde notificaties die je elke dag krijgt, helpen om goed te ROM-en en niemand te vergeten. Er zijn dan ook geen behandelaren meer die niet ROM-en.

Ook de uitzonderingen worden vanuit het systeem bepaald, bijvoorbeeld bij geagiteerde mensen of asielzoekers krijg je een pop-up dat er niet geROMd hoeft te worden.

#### Opmerkingen teamleider, al vanaf het begin van ROM betrokken

HoNOS 65+ werd al voor ROM gebruikt. Toen kwam ook de verplichting erbij, en begon men te mopperen. Als manager heeft zij altijd gezegd: ROM gebruik je voor jezelf. Als je mensen ziet en hoort, dan heb je een redelijk beeld, maar het aardige is juist om te kijken of het klopt wat er uit een meetinstrument komt. En als er verschil is; waar ligt dat dan aan? En ook: leidt de verandering ook tot het succes dat je wilt hebben.

Belangrijke ontwikkeling is logistieke ondersteuning geweest, waarbij ROM onderdeel is van het EPD. Je merkt daardoor dat er langzamerhand structuur komt in de behandeling. De ROM uitkomsten worden nu niet structureel besproken binnen het MDO, daar is eigenlijk geen tijd voor. Wel wordt ROM besproken met de patiënt en in het zorgafstemmingsgesprek waar alle behandelaren aan deelnemen.

Er komen overzichten van de ROM-coördinator terug, die worden door de teamleider gebruikt om te sturen. Als de responspercentages dalen, herhaal ik dat het belangrijk is voor de behandeling en niet dit omdat het moet van de zorgverzekeraar. Er steeds bovenop zitten wekt weerstand op, maar het is belangrijk steeds te wijzen op het belang van ROM voor de kwaliteit van de hulpverlening. Een paar keer is er in het team gekeken naar opknop percentages en werden ouderenteam onderling vergeleken. Een lastige factor hierbij is dat ouderen ook meer overlijden, dus dan heb je geen nameting. Ook is het zo dat de groep niet homogeen is, er is allerlei problematiek en men behandelt generiek.

Na zo'n groepsbespreking met een presentatie, ongeveer één maal per jaar, komen er ook wel verbetervoorstellen. Zo werd het duidelijk dat er vrij veel mensen met depressieve klachten waren. Dit leidde tot het ontwikkelen van specifieke behandelingen en tot het trainen van behandelaren in schematherapie.

#### Verbeterpunten en tips

Wat er nog beter kan is dat iedereen standaard de ROM meting doet. Dat het een vast onderdeel is van de behandeling, net als kennismaken. Dat is al aan het gebeuren. De teams worden kleiner, men moet specialistischer gaan werken. Psychiaters en klinisch psychologen zijn hoofdbehandelaren en worden ook zo ingezet. De psychiaters moet leiderschap tonen, en gaan sturen op de toepassing en het bespreken van ROM. Psychiaters zouden bijvoorbeeld kunnen zeggen: geen MDO zonder evaluatie.

Tips voor andere instellingen:

- Benadrukken dat ROM geen eis is maar dat de organisatie er achter staat om een meetinstrument te gebruiken en dat het past bij de wet op de kwaliteit van de gezondheidszorg uit 1995.
- Benadrukken dat ROM bedoeld is om te kijken of je als behandelaar op de goede weg zit of dat je een andere behandeling moet toepassen. Soms haalt de behandelaar er iets uit dat men niet had bedacht. ROM betekent extra informatie is naast de beroepsmatige kennis. Geen controle van bovenaf maar jezelf toetsen.
- De groep oudere patiënten verandert en gaat het normaal vinden dat er gemeten wordt.

## 2.2.6 Grote verslavingszorginstelling (zorgdomein Verslaving)

### *Interviews met twee behandelaren, een teamleider, en een ROM-coördinator*

#### ROM in de dagelijkse praktijk

Dit team gebruikt MATE 1 voor middelengebruik, MATE 7 voor functioneren, MATE 4 voor zucht naar middelen; DASS, en EQ. Los daarvan neemt de instelling aan het eind van de behandeling de CQI af. Ook gebruiken behandelaren andere meetinstrumenten tijdens de behandeling, zoals de PAL (plezierige activiteitenlijst) en de TvL (tevredenheidslijst) binnen de CRA (community reinforcement approach) behandeling. Deze behandeling is de kern van de behandeling binnen de instelling.

ROM instrumenten worden bij intake afgenomen, en aan het eind van de behandeling (bij afsluiting of verlenging dbc). De instelling heeft daarnaast de richtlijn om elke 3 maanden bij de routine behandel-evaluatie ook te ROM-men. Als software wordt gebruik gemaakt van Minddistrict en Infinitcare voor de koppeling met het EPD, voor feedbackrapportages en voor het genereren van ROM data aan SBG.

#### ROM-procedure

ROM wordt beschouwd als een activiteit die deel moet uitmaken van de behandeling. Dat betekent dat hulpverleners verantwoordelijk zijn voor de respons en hierop ook worden aangesproken. ROM die voor verantwoording, ROM in de behandelkamer en leren van ROM. Sinds 2010 zijn er 4 projectteams om ROM te implementeren in 4 regio's (totaal ongeveer 20 teams). Met applicatiebeheerder en Infinitcare in men veel energie kwijt om goed te kunnen aanleveren bij SBG. Periodiek gaan feedbackrapportages over behaalde respons per team en per behandelaar aan teamleiders met de bedoeling dat men actief stuurt op het behalen van afgesproken targets. Sinds kort is er meer inzicht in data door de koppeling aan usergegevens over behandelmodulen, minuten en uitkomsten. Binnen het MT is afgesproken om een bandbreedte te formuleren: dit is te veel zorg, dit is te weinig zorg.

Hulpverleners krijgen een telefonische reminder in hun agenda als de beginmeting niet is gedaan. De ene hulpverlener zet zelf aan het begin van de behandeling alle ROM lijsten 'klaar' zodat je er niet meer aan hoeft te denken. Past zelf het schema voor de rest van de behandeling aan. Standaard is ROM aan het begin, na drie maanden en aan het eind, maar

per cliënt wordt dit schema aangepast afhankelijk van het traject. De hoofdbehandelaar let er op of de eindmeting is gedaan.

### Ervaringen

ROM wordt op dit moment door alle behandelaren gedaan (degenen die bleven weigeren zijn vertrokken), maar verschillend beleefd. De twee geïnterviewde behandelaren zijn beiden enthousiast over ROM en doen wat van hen gevraagd wordt, ook omdat het gewoon moet. Zij gebruiken ROM ook echt in de behandeling, door in het gesprek met cliënten de resultaten te bespreken en te kijken naar consequenties voor de behandeling. De lijsten geven informatie over waar de cliënt staat en of de behandeling werkt. Knapt iemand op? ROM wordt gebruikt om de behandeling aan te passen. Het is heel leuk als je aan het eind ziet dat de scores op veel items zijn gedaald. Dat geeft voldoening, ook bij cliënten. Een behandelaar geeft aan dat ROM scores niet leidend zijn om de behandeling af te sluiten, een andere behandelaar vertelt dat lage beginscores wel eens duidelijk maken dat behandeling niet nodig is. Het verschilt per cliënt hoe ROM gebruikt wordt, je moet mensen niet overspoelen door te vaak te meten. Cliënten hebben er ook wat aan. Laatst gebruikte iemand het om bij het UWV aan te geven dat er echt wat aan de hand was.

ROM uitkomsten worden nu niet besproken binnen het team. Dat zou met de COI wel goed zijn: waar zijn we goed in, waar zijn we minder goed in?

Beide behandelaren geven aan dat er veel collega's zijn die er anders over denken en ROM tijdens de behandeling niet echt gebruiken. De begin- en eindmeting wordt wel gedaan, maar de 3 maandelijksse tussenmeting lang niet altijd, omdat men het niet echt nodig heeft. Het betekent een andere manier van werken en sommige behandelaren zijn weinig veranderingsbereid. Wat wel actief wordt gebruikt zijn de lijsten die direct impact hebben op de doelen van cliënten of die direct informeren over de beleving van hen. Genoemd worden de TvL en de PAL. Hier kan men direct wat mee in de behandeling en de weerstand hiertegen is veel minder. Maar als ROM morgen wordt afgeschaft, gaan de meesten het niet missen of voortzetten.

### Hobbels

De instelling ROMt vanaf 2010. Daarvoor was er ook wel ervaring met het gebruik van vragenlijsten op initiatief van behandelaren zelf.

In het begin waren er technische problemen, waardoor er veel weerstand onder gebruikers ontstond. Zo was de ICT een rigide systeem en ontbraken er koppelingen tussen de diverse systemen. Hierdoor werd er soms wel goed gemeten maar was dit niet zichtbaar in de aanlevering bij SBG, hetgeen heel frustrerend werkt. Deze technische zaken lopen nog steeds niet goed, maar wel beter. Als ROM coördinator moet je hier constant aandacht aan blijven geven, maar je communiceert er niet graag over want je wilt een positieve boodschap uitstralen. Er hoeft maar op één plek ingelogd te worden in de ROM module, maar ROM staat nog los van het EPD. Voor de beginmeting worden cliënten door de zorgadministratie uitgenodigd voor de eerste ROM.

De ROM score verschijnt in het EPD, ook kunnen daar grafieken worden bekeken van het verloop van de diverse scores voor elke patiënt. Deze mogelijkheid wordt niet door iedereen gebruikt, omdat men de interpretatie ervan te moeilijk vindt (veel lijnen door elkaar). In de basis GGZ zijn er nog wel technische onhandigheden omdat daar de eerste

behandelaar alleen kan inloggen, en dan moet dat worden omgezet naar de vervolghandelaar wat veel tijd kost.

Het grootste probleem leek samen te hangen met het feit dat cliënten vaak hun lijsten thuis online niet konden invullen omdat zij geen email hadden of inlogproblemen ondervonden, wat nogal eens voorkwam bij ouderen. Dit betekende veel ontbrekende lijsten en veel werk voor hulpverleners om cliënten te helpen of achter hen aan te zitten. Een oplossing was een '10 minuten mail', een heel tijdelijk adres voor mensen alleen om even te ROMmen.

De grote omslag kwam toen er in het systeem een zogeheten 'gebruikers switchknop' werd aangebracht. Hierdoor konden behandelaars met de patiënt in de spreekkamer direct inloggen in de account van de patiënt en samen de lijsten invullen, als patiënten het thuis niet zelf hebben gedaan. Met deze applicatie werd het ook mogelijk om ROM scores direct te bespreken en aan de behandeling te koppelen.

Een andere hobbel is de koppeling geweest van ROM aan kortingen voor de instelling. Hierdoor werd het idee bevestigd dat ROM uitsluitend bedoeld was voor externe verantwoording. Vooral het midden management (hoofdbehandelaars) zag ROM niet als een instrument van henzelf om te kunnen sturen op kwaliteit van zorg, maar als iets 'extra's wat ook nog moet'. Dit vormde een belemmering bij de introductie van ROM en het behalen van hoge respons. Er was te veel nadruk op externe verantwoording en te weinig op ROM in de behandelkamer. Sinds kort is de boodschap gericht op tussenmeting: niet meer een tussenevaluatie zonder een ROM. Hoofdbehandelaars pakken tussentijds behandelen niet altijd op, verantwoording blijft nummer één.

#### Verbeterpunten en tips

Tot nu toe is ROM niet gebruikt om op team- of individueel niveau van te leren. Dit gaat nu gebeuren, men gaat naar een nieuwe fase van onderzoek en leren. Behandelaars zagen nog nooit feedbackrapportages over uitkomsten, alleen over respons. Doordat men nu de respons goed op orde heeft en dus ook een goede database heeft, is de instelling er vanaf 2015 aan toe om deze rapportages te gaan terugkoppelen. De ROM coördinator heeft net aan de RvB voor alle vier regio's de effecten van de behandeling, gekoppeld aan behandelinformatie, laten zien en zij waren enthousiast. Er zijn verschillen tussen regio's die niet goed kunnen worden verklaard, omdat elke regio met dezelfde populatie te maken heeft. Vergelijken is goed mogelijk. Er blijkt nu één team te zijn met hoge behandelkosten en betere effecten. Zij doen dus iets dat werkt. De volgende stap is nu om de regio's en teams te bezoeken en de ROM scores te bespreken, om te leren wat er eventueel beter kan. En met managers is afgesproken om centraal te kijken naar bandbreedte: ingezette minuten en modules in deze doelgroep.

Op de DASS scoort de instelling iets onder het landelijk gemiddelde, misschien verklaard door één slecht presterend team. Middelengebruik is landelijk nog niet vastgesteld.

Dit past goed bij het lopende empowermenttraject en bij de algemene omslag die de instelling zal maken naar zelfsturende teams, die meer integrale verantwoordelijkheid krijgen, ook voor ROM afname en gebruik. De centrale ROM coördinator vervalt. Er is een werkgroep vanuit diverse disciplines en cliënten gevormd die een proces voor het organiseren van leercycli binnen de teams zal begeleiden, als servicecentrum. Dit leren en verbeteren begint te komen, men is niet meer alleen financieel gericht met ROM.

De bedoeling is dat teams een dashboard ontwikkelen om op te sturen, er bestaat een set van indicatoren waar behandelingseffect in zit. Dit is afhankelijk van wat zij willen.

Tips zijn:

- Maak ROM onderdeel van de behandeling bij de implementatie, combineer ROM-afname met een hulpverleningsgesprek.
- Betrek hulpverleners bij de implementatie, bedenk niet eerst een plan dat hulpverleners moeten uitvoeren maar bespreek met hulpverleners hoe een en ander aangepakt zou kunnen worden.
- Laat zien wat je met de data kan doen. Laat het programma zien, BraM. Kom met concrete rapportages. Organiseer een interne benchmark tussen vergelijkbare teams.
- Er moet iemand zijn die er bovenop zit, een ROM coördinator. Het technisch gedoe, en de respons continu bewaken door feedback aan teamleiders. Het leren van ROM vraagt weer om andere ondersteuning, teams moeten gevoed worden. Het is vreselijk moeilijk, de black box gaat open.

## 2.2.7 Kleine verslavingszorginstelling (zorgdomein Verslaving)

### ***Behandelaar 1, aangevuld met uitspraken van behandelaar 2 (aangeduid met B2)***

#### Algemene opmerkingen bij het interview

- De instelling biedt een zeer intensieve ambulante behandeling, bijna zo intensief als een opname. Cliënten kunnen ook buiten werktijden terecht.
- Uit het interview komt naar voren dat ROM in eerste instantie wordt gebruikt voor de benchmark en omdat het moet van de verzekeraar. Ze maken wel in beperkte mate gebruik van de uitkomsten voor het primair proces (als hulpmiddel bij de intake) en ter evaluatie bij afsluiting van de behandeling. Maar niet voor de behandeling zelf en een eventuele bijstelling daarvan.
- B2: De houding is dat "Het moet en dan kan je het beter leuk maken voor jezelf".

#### ROM-procedure

- De doelgroep zijn mensen met verslavingen van 18 jaar en ouder. In principe ook wel ouderen, maar dat komt weinig voor. Er is geen bovengrens aan de leeftijd, maar overgrote deel zijn volwassenen. Ze hebben daarnaast ook behandelingen voor eetstoornissen en overige stoornissen (beide volwassenen kort).
- Kortdurende behandelingen (afhankelijk van de hulpvraag en intensiteit van de behandeling):
  - 5 weken intensief
  - 11 weken minder intensief
  - 22 weken
- De te gebruiken vragenlijsten zijn:
  - Verslaving: DAS-21, MANSA-12 en MATE-1
  - Eetproblematiek (volwassenen kort): DAS-21, MANSA-12 EN NVE (Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag); B2: deze laatste lijst gaat er per januari uit bij Telepsy; wordt nog gezocht naar een alternatief. B2 gebruikt MANSA-16 i.p.v. MANSA-12 (zitten beide in Telepsy?)
  - Overige stoornissen (volwassenen kort): DAS-21 en MANSA-12

- Afname van vragenlijsten gebeurt bij intake (standaard) en bij het einde van een zorgtraject (standaard). Dat kan aan het einde van de behandeling zijn (B2: na 6000 minuten), of als er een nieuw zorgtraject wordt ingezet, vaak op een andere diagnose. Er is bijvoorbeeld succesvol behandeld op alcohol, en er komt onderliggende problematiek naar boven (angst of depressie als oorzaak van het misbruik). Dan wordt het alcoholtraject afgesloten met een ROM-meting die dan weer wordt gebruikt als nulmeting van het nieuwe zorgtraject. Geen tussenmetingen bij langere trajecten. Deze behandelaar weet het niet zo goed, blijkt. Het schijnt dat bij echt lange behandeling wel tussendoor gemeten kan worden, maar dit lijkt niet veel voor te komen. Door het intensieve programma zijn ze snel door de DBC's heen. Ze heeft er in elk geval zelf geen ervaring mee.
- Afname bij intake is ingebed in de intakeprocedure. B2: deze duurt 4 uur en wordt uitgevoerd door een psycholoog met een psycholoog in opleiding daarbij, en na anderhalf uur wordt de ROM afgenomen. De cliënt wordt samen met een psycholoog in opleiding (stagiaire) achter de computer gezet.<sup>38</sup> Sommige cliënten hebben wel wat hulp nodig, als ze een vraag niet begrijpen kan uitleg worden gegeven.
- Ze betrekken de vragenlijsten van Telepsy. Iedere behandelaar heeft toegang tot de uitkomsten.
- Uitkomsten worden met de cliënt besproken. Dat slaat eigenlijk alleen op de eindmetingen; dan wordt de uitkomst met de cliënt geëvalueerd. Telepsy genereert mooie grafiekjes die dan ook aan de cliënt worden gegeven. Dat werkt goed. Zelfs al heb je net in de behandelkamer samen vastgesteld dat het beter gaat, dan geeft dat grafiekje toch de bevestiging, een soort rapportcijfer als bewijs.
- Het kan ook zijn dat de ROM-meting een achteruitgang aangeeft, terwijl de behandeling wel is geslaagd. Maar dat komt dan omdat de onderliggende problematiek naar boven komt. Het kan dan helpen om de uitkomsten samen met de cliënt te duiden. De cliënt voelt weer wat, al is het misschien geen prettig gevoel.
- ROM wordt niet zozeer gebruikt om na de intake de behandeling te bepalen; in de intake wordt ook alles al uitgevraagd. De ROM uitkomsten worden wel meegenomen bij de indicatiestelling, maar het is veel breder. De cliënt wordt daar niet zozeer bij betrokken; het is eerder een hulpmiddel voor degene die de intake doet. B2: de intaker is niet altijd de behandelaar. De behandelaar kan dan even de scores bekijken of er opvallendheden zijn die niet bij de intake naar voren zijn gekomen. Die punten kunnen dan met de cliënt worden doorgenomen. Maar meestal wordt alleen de eindmeting besproken.
- B2: Tijdens de behandeling worden de ROM scores niet besproken of er bij gebruikt (in elk geval niet door deze behandelaar). Als de cliënt er om zou vragen kan hij/zij de uitkomsten wel krijgen. Aan het einde van de behandeling worden voor- en nameting wel besproken met de cliënt.

### Ervaringen

- ROM is een standaardprocedure. In principe doet iedereen mee en is er vrijwel nul uitval. Cliënten kunnen overigens wel weigeren, maar dat gebeurt niet vaak. Het hoort er gewoon bij; het is opgenomen in alle procedures. Dus ROM is niet iets wat 'ook nog moet' maar het is een integraal onderdeel van de behandeling. Behandelaars mogen er niet zelf voor kiezen of niet. B2: ROM wordt als een verplicht onderdeel van de intake

---

<sup>38</sup> De interviews dateren van najaar 2014. Inmiddels wordt gebruik gemaakt van een iPad.

gezien. Er is voor de cliënten geen sprake van een echte keuze. Er wordt wel aan de cliënt uitlegd wat de bedoeling is, zoals een extra check op de intake.

- Ondersteuning: Vanuit de ICT en administratie worden behandelaars geattendeerd op metingen die nog open staan. Grafieken kunnen zelf worden uitgedraaid vanuit Telepsy.
- Er is wel uitval bij de eindmeting, bijvoorbeeld omdat mensen niet meer komen opdagen, of worden opgenomen.
- Duur van het invullen varieert. De meeste mensen kunnen het wel aan, maar het hangt ook samen met het aantal vragenlijsten dat ze moeten invullen. De MATE-1 bijvoorbeeld is vrij uitgebreid. Gemiddeld duurt het 10-15 minuten.
- Het kostenplaatje is onbekend bij deze hulpverlener. Schat dat het om kleine bedragen per vragenlijst gaat, maar kan daar verder niets over zeggen. Als grotere instelling wordt de algehele overhead ook relatief kleiner.
- Hulpverleners zijn getraind in het afname van de MATE, voor de MANSa en DAS is dat niet nodig. B2: We zijn ook allemaal psychologen, dus we moeten dat al kunnen. Hoe met ROM om te gaan wordt meegenomen in de supervisie. De aandachtsfunctionaris geeft voorlichting in teamvergaderingen; hoe werk je met Telepsy, hoe krijg je er een mooi grafiekje uit, wat zijn vergelijkingsgroepen, ed). Heeft hier 4 uur per week voor en is goed benaderbaar. B2: Ook is deskundigheidsbevordering beschikbaar op een schijf die voor iedereen toegankelijk is.
- Eens in de zoveel tijd worden presentaties gegeven over de ROM en cliënttevredenheid. Dat houdt het levendig. Ook worden de verschillende vestigingen op uitkomsten vergeleken. Dat motiveert. B2: Wij gebruiken het niet structureel in teamoverleggen; is te weinig tijd voor. Belangrijke uitslagen worden wel gepresenteerd in teamoverleggen, en het management geeft feedback over hoe goed we ROMmen.
- Voordelen: fijn om aan de cliënt op papier te laten zien wat de behandeling heeft opgeleverd.
- De MANSa wil nog wel eens informatie opleveren over mijn blinde vlekken (zoals financiële situatie of werk, wat dan niet uit de intake is gekomen). Of een sluimerende depressie die dan op basis van de vragenlijst naar voren komt. Het is een extra tool voor me. Misschien dat mensen makkelijker op een vragenlijst antwoorden dan in een gesprek waarin ze zich misschien beter willen voordoen. B2: ROM geeft aanvullende informatie, maar geen schokkende nieuwe inzichten.
- Nadelen: Heeft te maken met aanleveren aan SBG en verzekeraars. Ethische bezwaren over wat allemaal aan gegevens wordt aangeleverd (privacy). Of dat uitkomsten verkeerd worden geïnterpreteerd; een slechte uitkomst op een vragenlijst kan juist een positief effect van de behandeling zijn.
- Cliënten reageren wisselend; een deel is neutraal, een deel vindt het prettig (gaat over de uitkomsten van de eindmeting). De behandelaar heeft niet meegemaakt dat cliënten verrast waren door de uitkomsten. Eerder andersom, de bevestiging dat het beter gaat.
- Het is een verplicht onderdeel vanwege de benchmark, maar we proberen toch te sturen op hetgeen je er zelf mee kan, wat de toegevoegde waarde is. Dan voelt het minder verplicht.

#### Verbeterpunten en tips

- Processen moeten goed geïmplementeerd worden. Wij zijn hulpverleners, maar ook een bedrijf dat een goed 'product' wil afleveren. Hulpverleners zijn vaak geneigd alleen te willen behandelen, met de inhoud bezig te zijn. De rest vinden ze vaak randzaken. Dus je moet daar aandacht aan besteden en aantonen dat je er zelf ook iets aan kan hebben (los van het feit dat het van de verzekeraars moet). En dat het gewoon een onderdeel



van de behandeling is. Opnemen in je werkproces, controleren, evalueren. Het is geen kernfysica.

- Stevig sturen door het management, en terugkoppelen naar de organisatie, ook met complimenten als het goed gaat.
- *B2*: Instellen van een aandachtsfunctionaris, die rapporteert aan management, die alles regelt achter de schermen, die terug rapporteert aan teamleiders. En die aangeeft dat je er zelf ook wat aan kan hebben.
- *B2*: ROM laten invullen op de behandellocatie; als je vragenlijsten thuis stuurt, valt er veel uit (deden dat voorheen, maar zijn daar vanaf gestapt). Hebben zelf wel het voordeel dat ze de stagiaires kunnen inzetten. Dat houdt niet alleen de kosten binnen de perken, maar het biedt de stagiaires ook de gelegenheid om te leren van de ROM uitslagen.
- Verbeterpunten: de uitval bij de eindmeting kan beter. Voor een deel is dat te verbeteren, bijvoorbeeld dat de hulpverlener niet vergeet de ROM klaar te zetten bij de laatste afspraak. Dan mis je vaak een laatste meting. Dus daar kunnen we scherper op zitten. Ook de administratie zou hier nog een rol kunnen spelen; dat je ter herinnering een seintje krijgt. *B2*: Zou niet weten wat nog verbeterd zou kunnen worden.

## **2.3 Verslagen van interviews met cliënt(vertegenwoordigers)**

### **2.3.1 Middelgrote instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie (zorgdomein Kinderen en jeugd)**

***Cliënt A: 21 jaar; cliënt B: moeder van een 12-jarige cliënt***

#### ROM-procedure

De geïnterviewde cliënten ontvingen een mail met een link naar de vragenlijst. In geval van cliënt B kreeg haar zoon een aparte mail met link. De geïnterviewden hebben uitleg gekregen over het waarom van de vragenlijst: het is verplicht vanuit de verzekeraar en het wordt gebruikt in de behandeling.

#### Ervaringen met het invullen

Cliënt A heeft de SDQ in het verleden ingevuld. Recent moest hij deze abusievelijk (de SDQ is bedoeld voor kinderen t/m 16 jr.) weer invullen. De vragenlijst sprak hem toen minder aan. Daarna ontving hij de juiste vragenlijst voor volwassenen (OO). Het invullen van vragenlijsten is niet moeilijk. Sommige vragen zijn lichtelijk confronterend, maar dat is niet echt problematisch.

Cliënt A geeft aan dat de scores op een vragenlijst een momentopname zijn ("Vooral als je in behandeling bent, kun je de ene week goed zijn, en de andere week slecht"). Daarnaast geeft hij aan dat naarmate hij ouder wordt en meer zelfkennis krijgt of meer bewust wordt van bepaalde zaken, hij de vragen anders interpreteert en beantwoordt dan toen hij jonger was. Dit aspect zou moeten worden meegenomen in de interpretatie en bespreking van de scores over de tijd. De cliënt vindt een meerwaarde van het invullen van vragenlijsten dat het meer inzicht geeft in jezelf, zet aan tot nadenken.

Cliënt B heeft de vragenlijst zelf in minder dan 10 minuten ingevuld. Sommige vragen vindt zij vanwege hun inhoud wat lastig te beantwoorden. Zij geeft aan de vragen erg algemeen te vinden. Er zal bij een vervolgmeting niet snel iets significant zijn veranderd. De vragenlijst biedt niet de mogelijkheid om specifieke problemen in kaart te brengen. Geïnterviewde geeft aan dat de bereidheid om de vragenlijst (opnieuw) in te vullen afneemt, omdat andere instanties waarmee ze te maken heeft ook willen dat (vergelijkbare) vragenlijsten worden ingevuld ("je wordt er op een gegeven moment wel simpel van"). Haar zoon vindt de vragenlijst onzin, maar dat heeft volgens geïnterviewde ook te maken met het in de pubertijd zitten. Zij helpt haar zoon bij het invullen.

#### Terugkoppeling

Cliënt A geeft aan dat de scores op de vragenlijst alleen globaal worden besproken met de behandelaar. Het enige wat wordt besproken/hij te zien krijgt is op welke vlakken/domeinen het beter of minder gaat (aan de hand van 'somscores'). De cliënt is soms erg verrast door de scores. Zo geeft hij aan dat bij een vervolgmeting volgens de vragenlijst zijn problemen erger waren dan drie jaar terug, terwijl hij zelf vond dat het beter met hem ging.

Cliënt B vindt het idee prettig dat er een vinger aan de pols wordt gehouden met het (herhaaldelijk) afnemen van de vragenlijst ("Waar staan we?; hoe gaat het?; gaan we vooruit?"). De cliënt is niet verrast door de scores; ze had al een goed beeld van de problemen. De scores op de vragenlijst hebben volgens haar geen invloed op de aanpak van de problematiek en ook geen invloed op de relatie met de behandelaar.

#### Verbeterpunten

Cliënt A zou graag met de behandelaar dieper willen ingaan op de betekenis van de scores op een vragenlijst (over de tijd), en dan bij voorkeur op het niveau van de afzonderlijke vragen ("Waarom heb je deze vraag toen zo beantwoord, en nu zo?"). In ieder geval moet de mogelijkheid bestaan om de scores grondiger te bespreken als een cliënt daar behoefte aan heeft. Verder het vaker invullen van een vragenlijst, omdat je dan een nauwkeuriger beeld krijgt.

Cliënt B wenst de mogelijkheid om bij het invullen van een vragenlijst aan te kunnen geven dat er sprake is van een bijzondere situatie (bv. in het geval van geïnterviewde was haar partner recent overleden). Ook het gebruik van een vragenlijst die wat dieper gaat (minder algemene vragen bevat). De scores op de vragenlijst moeten meer een onderdeel zijn van het evaluatiegesprek. Verder het grafisch weergeven en bespreken van het verloop van de scores over een langere periode: welke veranderingen zijn er te zien?

### **2.3.2 Geïntegreerde GGZ instelling (zorgdomein Volwassenen kort)**

#### ***Interview cliënt angst- en stemmingsstoornissen***

##### Gang van zaken

Na aanmelding bij de GGZ heeft de cliënt een intakegesprek gehad met een psycholoog en een psychiater. Na de intake kreeg ze een brief met een afspraak voor de ROM-meting,

met daarbij ook een folder over ROM. Een week na het eerste gesprek heeft de ROM-meting plaatsgevonden, om te kijken wat voor hulp ze nodig had. Aansluitend aan de ROM-meting heeft ze de uitkomsten in een gesprek met de psycholoog besproken.

Het invullen heeft ze op de locatie gedaan. Daar stond een computer en een medewerker legde uitgebreid uit wat de bedoeling was en dat het een momentopname was over de afgelopen week. De medewerker bleef in de ruimte, zodat ze vragen kon stellen. Soms vroeg ze zich bijvoorbeeld af wat ze moest met vragen over werk of studie, omdat ze toen niet had. De eerste keer was ze wel een half uur bezig. Het ging toen niet goed met haar en ze kon zich moeilijk focussen op de vragen.

Toen ze de brief over de ROM-meting kreeg dacht ze in eerste instantie 'moet dat nou?', maar daarna bedacht ze dat het wel goed was dat de voortuitgang kon worden bekeken als ze de lijst daarna nog een keer invulde tijdens de behandeling. Soms kun je zelf het gevoel hebben dat iets niet goed gaat, terwijl uit de meting blijkt dat wel ietsje beter gaat. Dat is dan mooi. Maar het is wel veel in één keer, zo'n intake, en dan nog een keer komen voor de ROM-meting.

Na drie maanden heeft ze voor de tweede keer de vragenlijsten ingevuld, ook weer op locatie met de ROM-medewerker. Toen ging het invullen veel sneller, ook omdat ze zich beter voelt door de medicijnen en de behandeling. De ROM-medewerker legde toen al meteen uitgebreid uit hoe ze nu scoorde en wat de veranderingen betekenden.

#### Ervaringen met invullen

Het was fijn om te zien dat ze bij tweede meting al op veel punten weer in het groen zat. Op veel punten was het een bevestiging dat het goed ging, of dat het nog niet helemaal goed opgeknapt was. Wat haar betreft waren het geen verrassende resultaten.

#### Ervaringen met terugkoppeling

De psycholoog had in het gesprek na de eerste ROM-meting de score uitgeprint en die aan haar laten zien en besproken. Ze vond het heel confronterend om te zien dat je op sommige punten niet goed scoort en dan echt ziet dat je ziek bent. Je weet dan wel gelijk waar je aan moet gaan werken en op welke punten je sterker moet worden. Dat wordt ook gebruikt voor behandeldoelen. Ze vond het fijn om de resultaten op papier te krijgen, want het gaat immers over haar, dus dan vindt ze wel dat ze het recht heeft om dat te krijgen.

Ze vindt het fijn dat de psycholoog op basis van de resultaten niet alles al voorkauwt voor haar, maar haar zelf na laat denken over de resultaten: "Goh, hoe is het gegaan? En waar denk je dat je nog aan moet werken?".

Ze zou wel van slag zijn als het resultaat zou zijn dat haar gevoel zegt dat goed gaat, maar dat uit de vragenlijst komt dat het niet goed gaat. Maar dan ben je ook jezelf voor de gek aan het houden, denkt ze.

#### Vergelijking met eerdere behandeling

Ze had ook eerder een behandeling zonder ROM-vragenlijsten gehad en ze vindt het nu wel fijner dat ze op papier haar vooruitgang kan zien en dat ook mee naar huis kan nemen. Destijds had ze steeds het gevoel dat ze niet vooruit kwam en dat heeft ze nu wel, helemaal om dat nu zwart op wit staat dat het ook echt zo is. Ze ervaart geen verschil in

de relatie met therapeut nu ze wel vragenlijsten heeft. Daarin is klik met behandelaar het belangrijkste.

#### Verbeteringen

De cliënt kan eigenlijk geen verbeterpunten bedenken. De vragen staan duidelijk omschreven, er staat duidelijk omschreven wat je moet doen en die medewerker legt het goed uit. Ze ervoer dat alles als heel fijn. Bij de eerste meting werd minder uitgelegd dan bij de tweede. Toen was het meer 'hallo, ga daar maar zitten'. De tweede keer voelde daarom wel beter, want toen is ook eerst even een praatje gemaakt. Dus daarin moeten ROM-medewerkers wel op één lijn zitten.

#### ***Interview cliënt persoonlijkheidsstoornissen***

#### Gang van zaken

Er is de cliënt bij de intake gevraagd of ze de lijsten in wilde vullen, omdat ze dan ook specifiek het behandelplan konden afstemmen. Er wordt dan namelijk inzichtelijk met welke gebieden zij moeite heeft. Zodoende is het eigenlijk onderdeel van de behandeling, om de klachten nog beter te kunnen inschatten. Er is toen ook meteen verteld dat ongeveer elke drie maanden de meting herhaald zal worden, om te kijken of het de goede kant op gaat met de klachten, of dat er misschien toch een andere weg ingeslagen moet worden.

#### Ervaring met invullen

De eerste meting is op de locatie ingevuld. Daarvoor was een aparte afspraak gemaakt en zat er een medewerker van de GGZ bij (niet echt naast je, maar wel in dezelfde ruimte). Dat is handig, want als je dan even niet precies weet hoe je iets moet invullen of hoe het werkt, kun je dat direct vragen. Het is ook best raar om opeens achter de computer dingen in te moeten gaan vullen en aan te geven of je iets 'zelden', 'nooit', of 'altijd' ervaart of wel/niet van toepassing. In begin twijfel je dan toch beetje of je 'bijna altijd' of 'altijd' in moet vullen. Wat is altijd precies? Dat kun je dan direct vragen.

Daarna elke drie maanden, of soms iets langer, krijg je een vragenlijst thuis via de mail opgestuurd (link) en kun je het thuis invullen. Het prettige van thuis invullen is dat je in 5-10 minuten klaar bent (geen reistijd) en dat je het dan op een moment in kunt vullen wat voor jou prettig is. Voor zover ze weet waren het beide keren dezelfde vragenlijsten. Bij het volgende gesprek (na één tot twee weken) krijg je de uitslag van de behandelaar. Ze ervaart het niet als storend dat daar wat meer tijd tussen zit.

#### Ervaringen met terugkoppeling

Bij de terugkoppeling wordt meestal eerst gevraagd hoe het gaat. Daarna gaat behandelaar in op de ROM-meting en legt uit op welke domeinen er verandering heeft plaatsgevonden. Vervolgens analyseren ze samen waarom een score lager of hoger is dan vorige keer. Kun je daar zelf verklaring voor geven?

Als je wilt kun je grafieken uitgedraaid mee krijgen, maar je ziet het in elk geval op de computer bij de behandelaar. Prettig om tastbaar te zien hoe het gaat. Soms dacht ze 'ik heb een rotweek gehad, dus ik zal wel slecht scoren' (want je vult in over afgelopen week en afgelopen 3 maanden) en dan was de score eigenlijk helemaal niet zo slecht. Dus dan kon ze er blijkbaar toch beter mee omgaan dan ze dacht en dat behandeling blijkbaar toch aanslaat en ze goede stappen maakt. Ze heeft ook wel eens gehad dat ze juist vooruit was gegaan, terwijl ze had verwacht dat het slechter zou zijn gegaan. Dus dat is dan mooi,

want het laat zien dat de behandelaar goed op weg is om met jou je doelen te behalen en dat je onbewust toch al verder in je proces bent dan je misschien bewust was. Als het juist steeds slechter zou gaan, zou dat voor haar indicatie zijn dat er misschien eerst aan iets anders gewerkt moet worden, voordat met het oorspronkelijke doel verder kan worden gegaan. Maar dat is gelukkig niet gebeurd.

Voor de behandelaar is de meting misschien nog wel belangrijker, omdat hij of zij ook inzicht kan krijgen in dingen die je als cliënt misschien niet hebt verteld. Ze heeft niet idee dat de vragenlijsten consequenties hebben voor de behandelrelatie. Daarin is het gewoon belangrijk dat het klikt met de behandelaar en dat je elkaar ligt. Daar heeft een meting geen invloed op.

#### Verbeterpunten

Ze kan moeilijk verbeterpunten bedenken. Ze ervaart alles als prettig. Het moeten in elk geval niet meer vragenlijsten worden om in te vullen. Wat nog wel beter zou kunnen, is dat je nu maar één stap terug kunt terwijl je invult. Dus als je een paar schermen verder bedenkt dat je iets toch misschien anders had moeten invullen, of dat je twijfelt of je eerdere vraag wel goed hebt gelezen/begrepen dan kan je daar niet meer naar terug. Maar aan de andere kant is het misschien ook wel goed dat je niet terug kunt, want als je nog dingen kunt veranderen, mis je 'de eerste reactie'.

### **2.3.3 Middelgrote instelling voor ambulante GGZ (zorgdomein Volwassenen kort)**

#### ***Interview met één cliënt***

##### Gang van zaken

De cliënt heeft in totaal 3 keer vragenlijsten ingevuld. Ze ontvangt de vragenlijst per mail en vult deze thuis in.

##### Ervaring met invullen van de vragenlijsten

De cliënt werd bij het intakegesprek erop geattendeerd door de intaker dat ze een mail zou krijgen voor het invullen van een test. Deze test was om bedoeld om te zien waar ze stond met de klachten. Ze vond het heel normaal en aannemelijk toen ze het hoorde.

Als ze een mail krijgt om vragenlijsten in te vullen, is dan ongeveer een week voordat haar volgende consult plaatsvindt. Meestal wacht ze met het invullen van de vragenlijsten tot de dag voor haar consult, zodat ze dan ook nog goed in haar hoofd heeft wat ze bij de vragen heeft ingevuld. Het invullen van de vragenlijsten kost haar ongeveer 10 minuten en ze vindt het niet vervelend om te doen. Je moet gewoon niet teveel nadenken over de antwoorden en meteen je eerste reactie geven. De eerste keer vond ze wel dat er een paar lastigheden in zaten. Ze moest bijvoorbeeld aangeven in hoeverre ze in de afgelopen week last had gehad van angstaanvallen. Ze had daar de afgelopen week geen last van gehad, maar dat kwam omdat ze vermijdend was geweest en daarom helemaal niet naar buiten was geweest. Als ze wel naar buiten was gegaan, wist ze zeker dat ze een angstaanval zou hebben gehad. Hoe moest ze die vraag nou invullen? Uiteindelijk had ze besloten om toch maar in te vullen dat ze er last van had gehad, omdat dat haar situatie toch beter weergaf vond ze. Dat heeft ze later, bij de bespreking van de resultaten, nog wel even aan de behandelaar gevraagd en die zei dat ze inderdaad juist had gehandeld.

Verder vond ze de vragen niet moeilijk om in te vullen en ze ervoer het dan ook helemaal niet als vervelend of belastend.

#### Ervaringen met terugkoppeling

Het eerstvolgende consult nadat ze de vragenlijsten heeft ingevuld, bespreekt ze de scores met haar behandelaar. Prettig aan het invullen vindt ze vooral als ze daarna bij het volgende consult te horen krijgt hoe ze ervoor staat. Met name vindt ze interessant om te zien hoe haar klachten nu zijn in vergelijking met de vorige keer. Ook vindt ze fijn aan het testmoment dat er dan dingen over haar klachten concreet op papier staan. In een gesprek komt niet alles aan bod, of wil je nog wel eens dingen achter houden, en dankzij de vragenlijst komt dat dan wel aan bod. De uitkomsten worden niet per losse vraag besproken, maar per categorie. De benamingen van de categorieën vindt ze lastig en kan ze ook maar niet onthouden. Maar als de behandelaar uitlegt wat er bedoeld wordt, snapt ze het wel. Ze kan niet zo heel goed op het scherm meekijken, want er zit een tafel tussen haar en de behandelaar in. Dus meestal hoort ze hoe het gaat. Ze krijgt de uitslag niet mee naar huis en krijgt ook geen grafiekjes te zien. Dat zou wel fijn zijn, omdat dat voor haar duidelijker zou zijn dan alleen die getallen naast elkaar te zien.

Tot nu toe is de uitslag van het laatste meetmoment nooit echt verrassend voor haar geweest, maar wel leuk om te zien hoe het is gegaan in vergelijking met de vorige keer. Want dat weet ze dan vaak niet zo goed meer en dan is het toch leuk om te zien als ze op sommige dingen nu beter gaat dan de vorige keer. Het is fijn om stil te staan bij wat er is veranderd. Ook fijn aan een vragenlijst is te zien welke dingen sowieso goed gaan, want daar sta je ook niet altijd bij stil.

De vragenlijsten worden meestal afgenomen op een evaluatiemoment, dus dan kunnen ze meteen aanknopingspunten bieden voor het maken van een plan van aanpak. De vragenlijsten hebben niet echt invloed gehad op hoe ze met de behandelaar omgaat, maar het is dus wel fijn dat ze wat bredere gespreksstof geven, omdat zowel behandelaar als cliënt niet altijd alles in de gaten hebben.

#### Verbeterpunten

De uitslag in een grafiekje zien en mogelijk ook mee naar huis kunnen nemen. De namen van de categorieën zijn lastig en kun je als cliënt soms niet begrijpen zonder uitleg. Dus ook als je het zelfstandig kunt inzien is het wel fijn als die uitleg er duidelijk bij staat. Verder heeft ze eigenlijk geen verbeterpunten. Ze vindt de website helder, de vragenlijsten helder en is verder goed te spreken over het invullen en bespreken van de vragenlijsten.

### **2.3.4 Grote geïntegreerde GGZ-instelling (zorgdomein Volwassenen lang)**

#### ***Interview met één cliënt***

##### Gang van zaken en ervaringen

ROM wordt jaarlijks samen achter de computer met de behandelaar en de cliënt afgenomen. Dit is voor allen een prettige, zinvolle manier. De vragen zijn zo meteen helder voor de cliënt. Cliënt heeft het gevoel dat er hard gewerkt wordt, niet zwaar maar op een prettige manier. Vraag voor vraag wordt besproken en tegelijkertijd wordt naar het

behandelplan gekeken. Belangrijke punten komen naar voren, er wordt direct naar zaken gevraagd, zoals mishandeling. Deze punten komen op tafel, zodat er over gepraat kan worden. Anders zijn ze veel te groot om er over te beginnen. Vinger aan de pols houden. Deze punten lopen het risico vergeten te worden, zodat het gaat 'woekeren'. Er wordt ook wel gelachen om antwoorden, het komt ten goede aan het contact, geeft het gevoel 'dat je belangrijk bent'. Als er niet geromd zou worden, zou het allemaal veel vager zijn en 'ad-hoc' achtig. De ene week dit, de andere week dat. Cliënt vindt het goed dat er geromd wordt, het is normaal dat men dit doet, 'het is geen theeclub'.

#### Terugkoppeling

Cliënt heeft ook een multidisciplinair overleg met eigen hulpverleners, waar ROM wordt besproken. Dit vindt cliënt geweldig, 'het maakt de mens mooi, het is bemoedigend, men kijkt hoe het met je is, dat is fijn'. Ze heeft elders slechte ervaring waar ze het huidige praktijksituatie mee vergelijkt. Ze wordt hier echt geholpen, heel praktisch. Vooruitgang zien op de lijsten was niet heel belangrijk, want ze heeft het zelf wel door.

#### Verbeterpunten

Een verbetering zou kunnen zijn dat ze de MANSAs thuis eerst invult om erover na te denken en dat elke 6 maanden wordt gemeten; nu is jaarlijks wel weinig. Of dat je kijkt wanneer het zinvol is. Behandelaren proberen bij de cliënt 'er uit te trekken met hun visie van hoe het gaat'. Cliënt wordt wel heel erg vrij gelaten wat het behandelplan betreft, 'we doen wat u wil'. Er staan ook vragen in over kwaliteiten, dat is heel goed. Zelf op computer lijsten invullen wil ze niet, de schriftelijke versie is beter voor haar.

### **2.3.5 Grote verslavingszorginstelling (zorgdomein Verslaving)**

#### ***Interviews met twee cliënten***

##### Ervaringen met invullen

Beide geïnterviewde cliënten geven aan dat ROM voor hen ook betekenis had. De ene cliënt vond het vooral nuttig ter voorbereiding van de gesprekken met de hulpverlener. Voorafgaand aan de intake had hij de vragenlijsten ingevuld en tijdens de intake merkte hij dat de hulpverlener goed voorbereid was en zijn situatie al kende. Dit kwam heel goed over en gebeurde ook bij tussentijdse metingen. De andere cliënt vond het nuttig om door sommige vragen je bewust te worden van aspecten van je problematiek die je tot dan toe niet zo doorhad. Niet alle vragen zijn van belang, maar sommige zetten je aan het denken en verdiepen je gesprek met de hulpverlener. De eindmeting gaf tenslotte aan dat je op veel onderdelen was verbeterd, dit gaf ook een goed gevoel en een bevestiging van de eigen indruk. Beiden vulden de lijsten zonder problemen in, thuis met de computer.

##### Terugkoppeling

Zij hadden geen behoefte aan terugkoppeling van scores buiten de hulpverleners om, het ging hen vooral om de gesprekken met hun hulpverlener. Het gebruik van ROM lijsten kan het contact met patiënten vergemakkelijken, vooral bij mensen met verslavingsproblematiek die neigen tot bagatelliseren.

Niet alle cliënten vinden de lijsten nuttig, zo werd door een cliënt gezegd. Tijdens zijn opname werd er ook gemopperd binnen de groep op de lijsten waar men niets aan had.

## 2.3.6 Kleine verslavingszorginstelling (zorgdomein Verslaving)

### *Interviews met twee cliënten*

#### Algemene opmerkingen naar aanleiding van interview

##### *Clïënt 1*

- Bij de introductie blijkt dat hij eigenlijk niet weet waarom ik bel. Ja, iets van een enquête of zo. Een introductiebrief heeft hij waarschijnlijk wel ontvangen maar niet geopend. Ik leg alsnog uit wat het doel van het interview is.
- Hij is nog steeds in behandeling, en heeft alleen een intake gehad. Een aantal vragen is dus niet van toepassing.
- Vragen over de terugkoppeling zijn voor het grootste deel niet te beantwoorden, omdat terugkoppeling niet heeft plaatsgevonden. De vragenlijsten zijn ingevuld en dat was het dan voorlopig.

##### *Clïënt 2*

- Deze cliënt is wel geïnformeerd over het interview (gesprek van een half uur over de vragenlijsten).
- Deze cliënt heeft de behandeling afgesloten en heeft een voor- en nameting gehad.
- Deze cliënt geeft aan dat werd aangegeven dat de metingen vooral nodig zijn voor de zorgverzekering. Dus ook hier is de benchmark weer leidend.

#### Gang van zaken

##### *Clïënt 1*

- Vragenlijsten vond hij uitgebreid, maar niet vervelend om te doen. Je gaat er heen met een open mind en je weet dat er dingen moeten veranderen en dat je het achterste van je tong moet laten zien. En dat ze een goed beeld hebben van de stand van zaken.
- Digitaal invullen op kantoor.

##### *Clïënt 2*

- Vond de vragenlijsten redelijk interessant. Is ook in behandeling bij de GGZ, dus moet vaak vragenlijsten invullen. Gaat er altijd vrij snel doorheen en probeert zo spontaan mogelijk te antwoorden.
- Vindt het niet belastend. "Ik begrijp dat ze moeten bestaan, het hoort erbij".
- Digitaal invullen op kantoor. Bij intake is er ondersteuning van stagiaire, bij de tweede meting niet.

#### Ervaringen met het invullen

##### *Clïënt 1*

- Introductie? Er was wel iemand bij om te helpen of toe te lichten. Het was wel duidelijk wat de bedoeling was. Heeft een paar keer om een toelichting gevraagd, maar weet niet meer bij welke vragen (was 4 maanden geleden). Waren wel vragen die je op meerdere manieren kon interpreteren. Een stuk of 4 of 5.
- Belastend? Nee. Er zijn wel dingen die weer naar boven komen, maar daarvoor was hij ook daar.
- Prettig? Nee, geeft aan dat hij "niet zo van de lettertjes" is, dus niet prettig, maar wel noodzakelijk. En hij zag er niet echt tegenop.



### *Cliënt 2*

- Introductie ten tijde van de intake? Is vertelt dat het een nulmeting was en dat het nodig was voor de zorgverzekering. Het moet, en helpt sommige mensen over de streep.
- Kan zich niet goed herinneren of indertijd is verteld dat de voor- en nameting ook bedoeld zijn om de behandeling te evalueren. Meer iets van: "vul het maar in".
- Was niet vervelend om te doen; soms wel vragen waar je meerdere antwoorden op kan geven. Er was geen hulp nodig.

### Ervaringen met terugkoppeling

#### *Cliënt 1*

- Uitkomsten zijn niet met hem besproken (alleen intern). Was natuurlijk niet alleen die vragenlijst maar een intakegesprek en in combinatie is daar een behandelplan uitgekomen. Heeft de uitkomsten niet ontvangen.
- Hij vraagt zich af wat er uit die lijsten kan komen. Twijfelt of hij er wat mee had gekund. Hoe de uitkomsten te duiden. Geeft aan dat hij niet wist dat er wat uit die vragenlijsten zou komen, waar je wat mee kan.
- Vragenlijst heeft wel meegeholpen om de problematiek te verhelderen (zaken die verdrongen werden maar weer werden aangekaart). Dat kwam dan wel in het gesprek aan de orde. (Dus indirect zijn de uitkomsten wel meegenomen, maar cliënt was dat zich niet echt bewust).
- Bij eerdere behandeling (klinische opname). Intake stelde daar niet veel voor. Kwam ook een vragenlijst aan te pas, maar daar werd helemaal niet op ingegaan.
- Is door ons gesprek nu wel nieuwsgierig wat er bij de eindmeting uit zal komen.

#### *Cliënt 2*

- Na de intake zijn de uitkomsten besproken, ook voor de in te zetten behandeling.
- Heeft als cliënt geen stem in de vaststelling van de behandeling. De hulpverleners bepalen toch de behandeling, ook al hoorde hij soms tegengestelde adviezen.
- Er was geen sprake van verrassende uitkomsten, want dat had hij al door toen hij de vragen beantwoordde. Hij is klinisch depressief en dat komt er dan ook uit. Het heeft een beperkte waarde.
- Tussendoor wordt er geen gebruik gemaakt van de uitkomsten van de vragenlijsten.
- Heeft twee trajecten binnen de instelling gevolgd, maar er is geen tussenmeting geweest. Verhaal is me niet helemaal duidelijk. In eerste instantie was er een detox opname in 'een' die werd gestopt omdat er niet genoeg zorg was ingekocht. Later is er toch een behandeling gestart omdat dat nodig was. Dus eigenlijk is er sprake geweest van één traject bij de instelling en niet van twee, in de zin zoals de behandelaren beschrijven; het afronden van een verslavingstraject, gevolgd door een behandeling voor onderliggende problematiek.
- De tweede meting is besproken aan de hand van de uitdraaien (grafiek); dat was ook geen verrassing. Geeft zelf aan geen probleem te hebben met het snappen van de uitkomsten, maar hij is naar eigen zeggen geen leek.
- Kan als cliënt eigen uitkomsten niet opvragen, is tenminste niet aan de orde geweest.
- Behandelingen elders: in GGZ krijg je ook vragenlijsten, maar die vul je meestal thuis in, zonder ondersteuning. Heeft niet echt een voorkeur.

## Verbeterpunten

### *Cliënt 1*

- Zou meer informatie willen hebben over het doel van de vragenlijsten en willen weten wat er uit is gekomen. Wist niet dat er aan het eind geëvalueerd wordt aan de hand van ROM. Dat zou voor anderen ook prettiger kunnen zijn, dat het waarom duidelijk is, wat het nut ervan is.
- Geeft overigens wel aan dat hij gegeven informatie niet altijd tot zich neemt, en wel ziet hoe het loopt (zie de introductie voor dit interview).

### *Cliënt 2*

- Zou wel behoefte hebben aan feedback tussendoor, bijvoorbeeld de bevestiging dat het afkicken is gelukt; dat zou voor hem een stimulans zijn voor de verdere behandeling. Vooral de eerste tijd is moeilijk en dan zou het fijn zijn wat ondersteuning te hebben.

### **3 Verslag van interviews bij vijf praktijksituaties in vrijgevestigde praktijken**

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de selectie en de kenmerken van vijf praktijksituaties (paragraaf 3.1). Vervolgens worden de verslagen gepresenteerd van de interviews met de vrijgevestigde behandelaren (paragraaf 3.2), gevolgd door de verslagen van de interviews met cliënt(vertegenwoordigers) (paragraaf 3.3).

#### **3.1 Selectie en kenmerken van voorbeelden**

De enquête onder vrijgevestigde behandelaren is uitgezet via vier verschillende beroepsverenigingen:

- NVvP: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- NVVP: Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten.
- LVE: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- NIP: Nederlands Instituut voor Psychologen.

De NVvP en het NIP verzorgden zelf de verzending van de enquête aan haar leden, de beide andere verenigingen lieten dit over aan het Trimbos-instituut.

Selectie van voorbeelden van vrijgevestigde praktijken gebeurde op basis van een positief uitspringende gemiddelde totaalscore op de stellingen over de mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces.<sup>39</sup> Hierbij werd de 'cutoff' gelegd bij een score van 4,0 (de maximaal haalbare totaalscore was 5,0).

In eerste instantie werd gestreefd naar het selecteren van zes voorbeelden, waarbij type praktijkvoering (twee categorieën: solopraktijk, al dan niet met gedeelde faciliteiten, en groepspraktijk) en discipline (drie categorieën: psychiater, psychotherapeut/ klinisch psycholoog en GZ-psycholoog) evenredig vertegenwoordigd zouden zijn. Echter, om deze selectieprocedure te kunnen uitvoeren was de medewerking van de vier beroepsverenigingen vereist. De verwerking van de ingevulde enquêtes door het Trimbos-instituut gebeurde namelijk op anonieme basis, zodat de uitkomsten voor de onderzoekers niet herleidbaar waren tot individuele behandelaren. Daarom was toestemming en medewerking van de beroepsverenigingen nodig om de contactgegevens van relatief goed scorende vrijgevestigden te verkrijgen en/of te gebruiken om hen te benaderen. De NVVP

---

<sup>39</sup> Het aantal stellingen varieerde afhankelijk van of men werkzaam was in een solopraktijk (16 stellingen), een praktijk waarin faciliteiten werden gedeeld met anderen (17 stellingen) of een groepspraktijk (22 stellingen).

en de LVE (in oktober 2014 gefuseerd tot de LVVP, de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten) hebben hiervoor toestemming gegeven. Echter, het NIP en de NVvP gaven geen toestemming, wat als belangrijkste consequentie had dat er geen psychiaters geselecteerd konden worden als voorbeeld.

Uit de groep respondenten van de aangeschreven leden van de NVVP en de LVE zijn degenen geselecteerd die een gemiddelde totaalscore van 4,0 of meer hadden (N= 35). In eerste instantie zijn zes van deze vrijgevestigden per email uitgenodigd om als voorbeeld in kaart te worden gebracht. Wanneer iemand weigerde deel te nemen, werd een extra persoon uitgenodigd. Op deze manier zijn in totaal 14 personen benaderd om te worden geïnterviewd, waarvan uiteindelijk vijf toestemming gaven. In Tabel 3.1 worden enkele kenmerken van de geselecteerde behandelaren beschreven.

Via de behandelaren zijn in totaal acht cliënten en twee ouders van een jonge cliënt bereid gevonden om geïnterviewd te worden over het gebruik van en de ervaringen met ROM gedurende hun behandeling. Interviews met behandelaren en cliënten(vertegenwoordigers) vonden eind 2014 of begin 2015 plaats.

**Tabel 3.1** Overzicht van de kenmerken van de vijf geselecteerde vrijgevestigde behandelaren. De laatste kolom geeft de gemiddelde totaalscore weer op de stellingen over de mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces.

<b>Discipline</b>	<b>Praktijkvoering</b>	<b>Zorgdomein(en)</b>	<b>Echelon</b>	<b>Gemiddelde totaalscore</b>
Psychotherapeut	Solopraktijk	Volwassenen kort Volwassenen lang	Gespecialiseerde GGZ	4,9 <sup>1</sup>
Psychotherapeut	Solopraktijk	Kinderen en jeugd	Gespecialiseerde GGZ	4,9 <sup>1</sup>
GZ-psycholoog	Solopraktijk	Volwassenen kort	Generalistische Basis-GGZ	4,2 <sup>1</sup>
Psychotherapeut	Groepspraktijk	Volwassenen kort Volwassenen lang	Gespecialiseerde GGZ	4,2 <sup>2</sup>
Psychotherapeut	Groepspraktijk	Volwassenen lang	Gespecialiseerde GGZ	4,2 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Gebaseerd op 16 stellingen.

<sup>2</sup> Gebaseerd op 22 stellingen.

## 3.2 Verslagen van interviews met vrijgevestigde behandelaren

### 3.2.1 Vrijgevestigde A

#### Discipline en praktijk:

Arts/psychotherapeut, solopraktijk

#### Cliëntgroep:

Behandelaar werkt vooral met volwassenen met langdurende problemen, onder het motto: "kort en goed, lang als het moet". Vaak gaat het om hele complexe gevallen: diepe, diepe trauma's, perversie in gezinnen, seksueel geweld.

#### ROM-procedure:

Behandelaar is fervent voorstander van de QIT-lijsten: Quality Improvement in Therapy ([www.qitonline.be](http://www.qitonline.be)). Deze lijsten zijn geschikt voor alle doelgroepen en gaan verder dan de gebruikelijke ROM-lijsten. Behandelaar had weinig vertrouwen in "het ROM-men van overheidswege" en is toen gaan kijken hoe het leuk en zinvol gemaakt kon worden. Zo is behandelaar uitgekomen bij de QIT-lijsten.

De QIT-lijsten gaan onder andere in op de inhoud van de therapie. Er zijn drie soorten lijsten:

1. de working alliance (WAV-12);
2. klachten: de "ouderwetse" ROM (OQ-45);
3. sessiebeoordelingslijst: over de inhoud van de sessie: wat was helpend en wat was storend (SBL).

Het QIT-systeem geeft per sessie aan welke lijsten gebruikt zouden moeten worden. De SBL zit er altijd bij. De ene keer komt er dan meer aandacht voor de working alliance, de andere keer voor de klachten. Behandelaar bepaalt uiteindelijk zelf welke worden afgenomen.

De QIT geeft na iedere achtste sessie een expliciete change-questionnaire (Change-Q). Bij de Change-Q moeten de cliënten aangeven welke verandering belangrijk is en die moeten ze beschrijven. Met schuifjes geven ze aan hoe belangrijk ze de verandering vinden en of deze teweeg is gebracht door de therapie of door een andere oorzaak en hoeveel verandering ze er nog meer willen hebben.

Op maat kunnen ook vragenlijsten apart worden aangeschaft, zoals de DAPP-lijst (screening voor persoonlijkheidsstoornissen), maar ook andere lijsten.

De ontwikkelaars van QIT zijn bezig om de aansluiting bij de Stichting Benchmark GGZ (SBG) te maken, zodat het hiervoor voldoet, via het gebruik van de OQ-45 als verplichte ROM-lijst voor de verzekeraars.

Het QIT contract kost 36 euro per maand. Daar bovenop komt 8 euro voor elke DAPP lijst die behandelaar aanschafft. Dit staat goed in verhouding met de kosten die gemoeid waren met de vragenlijsten van Reflectum die behandelaar voorheen gebruikte.

Behandelaar neemt bij ongeveer 80-85% van haar cliënten na iedere sessie de vragenlijsten af. De cliënt vult thuis, na de sessie, de vragenlijsten in via de computer op een versleutelde website (Belgisch). (Het kan overigens ook na de sessie in de wachtkamer, maar dat vindt behandelaar niet handig en niet nodig.) Behandelaar krijgt de feedback rapportage toegestuurd, de cliënten kunnen het bij de behandelaar inzien. De grafieken op de feedbackrapporten kan iedereen begrijpen, ook vanwege het kleurgebruik.

De beginstand die de OQ-45 geeft, verwerkt behandelaar in een conceptbehandelplan. Bij het behandelplan bespreekt behandelaar altijd de feedback met de cliënt, inclusief evt. de DAPP-lijst. Cliënt tekent dan voor het uiteindelijke behandelplan. Dit is een onderhandeling. Het laatste stukje (voorlopige conclusie, hypothese, DSM-classificatie en beleid) gaat dan naar de huisarts als de cliënt dat goed vindt.

Voor iedere sessie neemt behandelaar kennis van haar eigen aantekeningen en de terugkoppeling van de cliënt. Behandelaar komt in principe niet terug op de lijsten, behalve wanneer behandelaar iets niet snapt of anderszins het nodig vindt er op terug te komen zoals bij vrij directe reflecties op de behandelaar (zoals: "je deed onaardig", "je was kortaf", "toen je dat zei, durfde ik niets meer te zeggen").

Behandelaar gebruikt de Change-Q om steeds expliciet de zin en voortgang van de therapie te evalueren. Als behandelaar daarin ziet dat de klachten verergeren, of de doelen niet bereikt worden, vraagt de behandelaar naar wat er aan de hand is geweest. En dan kunnen de cliënten dat uitleggen. Er blijkt dan bijvoorbeeld een broer langs geweest te zijn, wat herinneringen aan vroeger bovenbracht. Of het blijkt dat de cliënten de therapie niet goed vinden, omdat zij bijvoorbeeld minder willen focussen op emoties en meer op gedrag. Dit bespreekt de behandelaar dan met de cliënten.

#### Ervaringen:

- Het kost behandelaar weinig moeite om cliënten ertoe te bewegen vragenlijst in te vullen. Het is vooral een kwestie van uitleggen dat deze lijsten de behandelaar helpen om het vak goed te doen (zoals een timmerman zijn hamer nodig heeft). Daarnaast is het belangrijk om te beloven dat het veilig is. Een obsessieve cliënt heeft dat uitvoerig nagekeken en vervolgens keurig op schrift gesteld.
- Voordelen die behandelaar ervaart zijn het versnellen, verdiepen en leuker maken van de therapie, het versterkt de working alliance, en maakt de behandelaar "wakker" in de betrokkenheid van wat de behandelaar doet. Voor een cliëntgerichte therapeut is het logisch dat de lijsten helpen omdat de onderhandeling over waar cliënt en behandelaar het precies over moeten hebben wordt verscherpt en dat is goed. Nadeel is dat het tijdsintensief is, maar als het leuker wordt en meer inzicht geeft is het de tijdsinvestering waard.
- Interessant is juist de terugkoppeling van de sessie (SBL), daar komen soms wonderbaarlijke dingen uit. Soms denkt behandelaar een hele goede sessie te hebben gedaan en dat er allemaal belangrijke dingen zijn besproken. Dan krijgt behandelaar teruggekoppeld wat belangrijk was: dat toen cliënt vertelde dat cliënt last had van het blauwe lichtje op de computer, behandelaar gewoon opstond en het uitdeed. Dan denkt behandelaar dus inhoudelijk allerlei fantastische dingen te hebben besproken en verwacht behandelaar daar iets over terug te horen, maar blijkt dat het opstaan om het blauwe lichtje uit te doen het meest helpend was. Dit helpt behandelaar om echt te begrijpen wat belangrijk is voor de therapie voor de cliënt. Dit is wat anders dan alleen de klachten te checken aan het begin en aan het eind van de therapie.
- De SBL geeft de cliënt ook de mogelijkheid om de therapeut terecht te wijzen en geeft de mogelijkheid aan de behandelaar om excuses te maken. Het verheft hiermee de therapie en versnelt deze ook. Dit is iets anders dan de gewone ROM. Daarom zijn er ook steeds meer therapeuten in de cliëntgerichte beweging die over deze lijsten enthousiast zijn.
- Het lezen van de feedback is een extra therapiemoment tussen de sessies in. Behandelaar heeft er inmiddels ervaring mee en is er ook handiger in geworden om tegen de cliënt te zeggen dat behandelaar er niet altijd op terugkomt, behalve als behandelaar denkt: "Dit snap ik niet". Anders krijg je twee therapiestromen: eentje in de sessie en eentje buiten de sessie. Dus dat is zoeken.

- Opvallend en leuk is dat behandelaar heeft gemerkt dat cliënten die in de sessie moeilijk spreken en sociaal angstig zijn, op papier prima kunnen beschrijven wat ze hebben meegenomen uit de sessie. En andersom ook. De reflectiemogelijkheden van de cliënten worden heel scherp neergelegd. Sommigen waarvan je denkt dat ze het goed snappen, kunnen het niet schriftelijk verwoorden en mensen die moeilijk spreken kunnen prachtige lellen tekst maken waarvan behandelaar denkt: "O ja, dat snap ik precies dat jij dat zo snapt". Dat is een extra dimensie die voor behandelaar helpend is juist bij de mensen bij wie je meer preparatiedingen mee moet doen, bijvoorbeeld omdat ze slecht kunnen verwoorden, niet kunnen reflecteren of omdat ze bang zijn.
- De Change-Q is heel waardevol voor de behandelaar. Daarmee kun je ook bespreekbaar maken of therapie nog wel nodig is. Het feit dat mensen op die manier naar zichzelf kijken versterkt wat je wil: dat mensen een reflectief vermogen krijgen.
- Als de lijsten niet helpend zijn dan stopt behandelaar ermee, in overleg met cliënt. Soms maakt behandelaar het onderdeel van de therapie: als mensen het niet goed kunnen verwoorden en het vervelend vinden, dan laat ze het eerst zitten. Als het verwoorden dan later beter gaat, vraagt behandelaar hen het toch weer opnieuw te proberen. Soms vinden mensen dat het invullen weinig zin heeft, omdat ze weinig veranderingen zien. Dan wordt daarover gesproken. Soms zijn er ook heel praktische redenen om de vragenlijsten niet in te vullen (bv. omdat de computer niet werkte).
- QIT helpt ook om behandelingen tussentijds te beëindigen. De laatste vraag op SBL is naar het beëindigen van de therapie. Soms zeggen mensen ja. Ook vraagt de Change-Q of de therapie gestopt kan worden, waardoor het tijdsaspect van de therapie expliciet wordt ingebracht. En dan worden mensen heel secuur op waarom de therapie nog niet gestopt moet worden. Zolang er vooruitgang is en de behandelaar het snapt, kunnen ze het hierover samen eens worden. Maar als behandelaar vindt dat er geen vooruitgang is, dan moet cliënt ook nadenken over wat er echt nodig is. Dan heb je een "pas op de plaats" gesprek: waar zitten we en is het nog goed wat we aan het doen zijn. Er zit steeds een evaluatief aspect in en dat vindt behandelaar prettig, juist voor de meer mijdende mensen en de afhankelijke mensen. Als cliënten niet willen stoppen en behandelaar vindt het niet zinvol om door te gaan, dan is dat het onderwerp van gesprek.
- De behandelaar schaft de DAPP-lijst redelijk vaak aan omdat deze lijst de behandelaar helpt evt. vermoedens voor een persoonlijkheidsstoornis te bevestigen of te ontkennen. De lijst geeft ruggensteun bij de beoordeling.
- Behandelaar is aan het experimenteren bij partner-relatietherapie om met name de SBL niet te doen. Je krijgt daarmee namelijk dingen in de driehoek die je niet wil: de man schrijft iets over de vrouw aan behandelaar en de vrouw schrijft iets over de man aan behandelaar. Behandelaar wil die geheimen niet, die moeten in de kamer, in het speelveld van de driehoek aan de orde komen. Dit is ook afhankelijk van het koppel. Als er geen geheimen spelen, dan kan het ook heel goed gaan. Als er problemen zijn om de working alliance naar het koppel goed te krijgen, dan gebruikt behandelaar de QIT-systematiek niet.
- Behandelaar rekent met sessies van een uur en met 20 minuten "rondom"-tijd. In voorbereiding is behandelaar meer tijd kwijt.
- Behandelaar is tevreden met de huidige werkwijze. Behandelaar heeft contact met ontwikkelaars van QIT over verbeterpunten, die staan er ook voor open.

#### Ervaringen van cliënten (volgens behandelaar):

- Cliënten gaan er allemaal anders mee om: de ene vult de vragenlijsten direct op de iPhone in op weg naar huis, de ander doet het pas vlak voor de volgende sessie omdat hij/zij dan de hele week heeft “doorgeprocest”. In het laatste geval kan de behandelaar niet altijd beloven alles gelezen te hebben, want dit is wel een extra belasting.

#### Overwonnen obstakels:

- Behandelaar heeft ergernis moeten overwinnen over ROM dat “van buitenaf wordt opgelegd”. Daarom is behandelaar op zoek gegaan naar iets leuks en zinvols waarover behandelaar wél enthousiast werd. De “gebruikelijke” ROM hoort bij het medisch model: dokter maakt patiënt beter. Bij psychotherapie hoort een ander paradigma: de patiënt maakt zichzelf beter (en psychotherapeuten helpen daarbij). Het werkt niet om van een afstand lijsten af te nemen en te zeggen: “Nu bent u beter”.

#### Tips voor andere vrijgevestigde behandelaars:

- Kijk wat je wel kan op een manier die voor jou zinvol is. Zoals deze behandelaar QIT ten dienste heeft gesteld van de passie voor het vak.
- Laat ze contact opnemen met de groep uit Leuven die de QIT-systematiek heeft ontwikkeld, kijk naar eens naar de website [www.qitonline.be](http://www.qitonline.be).

### **3.2.2 Vrijgevestigde B**

#### Discipline en praktijk:

Psycholoog-psychotherapeut (vrouw), werkzaam in een groepspraktijk voor Kinder-, jeugd- en gezinspsychotherapie. Momenteel solo werkzaam in de praktijk, voorheen met twee collega's (nu vacature). De praktijk is onderdeel van een samenwerkingsverband.

#### Cliëntgroep:

De geïnterviewde behandelt kinderen, jongeren, jongvolwassenen (4-23 jaar), hun ouders en gezinnen. Er wordt zowel generalistische basis als specialistische psychologische hulp geboden.

#### ROM-procedure

De geïnterviewde werkt vanaf 2006 in haar praktijk met ROM via de methode van Feedback Informed Treatment (FIT), ook bekend onder de naam PCOMS (Partners for Change Outcome Management System), ontwikkeld in 2005 door o.a. Scott D. Miller en Barry Duncan.

De ROM wordt bij alle cliënten/cliëntsystemen in de praktijk uitgevoerd (100%; 25 cliëntsystemen per jaar). Het betreft alle typen cliënten met angst, gedragsproblemen, ADHD, autisme, scheidingsproblematiek, depressie, etc.

Elke zitting vraagt de therapeut naar de mening van de cliënt/ouders over de verbetering in de klachten en over de werkrelatie met de therapeut. Dit kan heel snel aangegeven worden door op 4 vragen antwoord te geven, op een schaal van 1 tot 10 in minder dan 1 minuut tijd. Alle deelnemers aan de sessie (kinderen en/of ouders) vullen zelf de digitale vragenlijsten in. Er verschijnt direct een grafiek waarbij de voortgang zichtbaar is.



Hiertoe worden twee korte visuele schalen gebruikt: de Outcome Rating Scale (ORS) en de Session Rating Scale (SRS). De ORS wordt telkens aan het begin van een behandelsessie afgenomen en betreft vier vragen over vier domeinen van functioneren: Individueel, Relationeel, Sociaal en Algeheel. Aan het einde van elke behandelsessie wordt de SRS afgenomen. Ook hier gaat het om vier vragen en die gaan over het behandelgesprek van die dag: Relatie, Doelen en Onderwerpen, Aanpak en/of Werkwijze en Algeheel.

Daarnaast worden vanaf het begin van de ROM portal (4-5 jaar geleden) twee vragenlijsten uit de portal gebruikt: de CBCL (verschillende versies afhankelijk van de leeftijd; in te vullen door kind of ouders) en de SDQ. Dit zijn de vragenlijsten die officieel als voor- en nameting moeten worden ingevuld, ook voor de verzekeraars.

De ROM portal kost €300 per jaar. Het invullen van de ROM portal vragenlijsten kost veel tijd om alles te regelen en na te lopen. Deze lijsten worden 1-malig besproken met de cliënt/cliëntensysteem. De tussenmeting wordt niet uitgevoerd in deze praktijk. De eindmeting wordt vaak niet gedaan door de cliënt. Hier wordt dan een hele laatste sessie aan gewijd, soms gevolgd door een extra eindsessie om de behandeling goed af te sluiten. Alles bij elkaar kost de ROM-portal een paar uur tijd per cliëntensysteem.

De FIT outcomes kost 1 keer 10 minuten tijd voor uitleg. De minuut invullen aan het begin en eind van het gesprek zijn ingebouwd in de behandelsessie. De lijsten worden maximaal 1x per week ingevuld. Bij meerdere gesprekken in de week wordt de ORS ingevuld aan het begin en de SRS aan het eind van de week. FIT software kost € 167,- per jaar per therapeut. Er zijn speciale instellingstarieven.

Sommige verzekeraars, zoals bijv. Menzis en de Friesland, accepteren FIT als ROM methode. Voor andere verzekeraars dient de ROM portal gebruikt te worden. De Stichting Benchmark heeft voor het zeggen welke methoden in de ROM portal worden opgenomen en FIT zit daar niet bij.

#### Ervaringen van geïnterviewde hulpverlener

Geïnterviewde noemt verschillende voordelen van de gebruikte ROM-procedure voor het primaire proces:

- FIT houdt de voortgang in de therapie en de feedback van de cliënt (cliëntensysteem) hierover bij. Elke zitting vraagt de therapeut naar de mening van de cliënt (cliëntensysteem) over het klachtenniveau. Zo kunnen therapeut en cliënt (cliëntensysteem) direct signaleren hoe het verloop van de behandeling is en of er reden is de verwachtingen en de ervaringen van cliënt (cliëntensysteem), de doelen of de werkwijze nader te bespreken en de behandeling aan te passen. De bevindingen worden meteen besproken als dit nodig is.
- Alle cliënten uit het cliëntensysteem die deelnemen aan het gesprek vullen de FIT in en onderlinge verschillen kunnen meteen worden besproken, bijvoorbeeld verschillen tussen ouders en kind of ouders onderling. Deze verschillen komen op een accepterende manier in beeld. Voor elke gespreksdeelnemer wordt de meting grafisch weergegeven (deze verschijnt in grafiek).
- Mede op basis van de FIT kies je je onderwerp van gesprek. Het zorgt voor een goede aansluiting op de beleving van de patiënt. Ook om de hulpvraag helder te krijgen, bijv. bij gestuurde cliënten. Zoals bij een puber die teveel afwezig is geweest op school en door de onderwijsambtenaar gestuurd wordt. FIT helpt om helder te krijgen wat de ambtenaar voor verandering nodig acht en wat cliënt zelf

als doel ziet voor behandeling. De ambtenaar dacht dat het verzuim te maken had met problemen in het gezin rond de oudere broers en dat cliënt er “maar over moest gaan praten”. Weerstand tegen behandeling kan d.m.v. FIT voorkomen worden doordat inzichtelijk gemaakt wordt welke veranderingen voor de ambtenaar “nodig” zijn en hoe cliënt hier zelf aan wil werken. Cliënt kwam uiteindelijk met een heel andere hulpvraag.

- ROM met FIT is een prettige manier van werken en bevordert de behandelrelatie en de motivatie van de cliënt. Je brengt over dat je wilt weten of de behandeling werkt en anders ga je hier snel naar kijken. Het risico van wegblijven van cliënten of draaideurcliënten vermindert met 60%. Cliënten voelen zich niet schuldig, niet in de steek gelaten als dingen niet goed gaan in de behandeling. Je stuurt sneller bij en geeft de garantie verder te kijken naar mogelijkheden. De ROM portal helpt niet bij het verbeteren van de motivatie van de cliënt.
- ROM helpt bij het kiezen van de juiste behandeling in overleg met de cliënt. Als de behandeling niet aansluit krijg je dit terug en zoek je naar een andere aanpak. ROM helpt bij mensen die wat vager zijn om steeds in beeld te krijgen wat belangrijk voor hen is. Je betreft steeds de cliënt (cliëntensysteem).
- FIT (het SRS onderdeel) is een goede manier om tot een andere behandeling of methodiek te komen. Als de behandeling bijvoorbeeld niet goed op gang komt stel je deze bij, waar een cliënt anders wellicht zou afhaken. Bijv. een meisje (middelbare school) met depressie, paniek en zichzelf bekrassen. Als hulpverlener wil je ingaan op een pestperiode op school die hier mee te maken heeft maar het meisje is bezig met in leven te blijven. Eerst stabiel worden is dus het eerste behandeldoel op geleide van de SRS.
- De relatiekant. De vraag naar de relatiekant ligt elke zitting letterlijk op tafel met FIT en deze verbetert hierdoor. Er is openheid en bereidheid samen naar de relatiekant te kijken. Je bent samen met de cliënt aan het werk. Zelfs bij moeilijke gevallen maakt dit het verschil. Het kan erg opluchten als ouders mogen zeggen wat ze niet prettig vinden, bijv. dat je je niet gehoord voelt, dat de volgende persoon al op de trap staat, of dat het huiswerk vervelend is. Dit zijn zaken die je vervolgens kunt veranderen.
- Als er niet veel meer gebeurt in de behandeling dan zie je dit ook. Bijv. als de cliënt zich heel afhankelijk blijft opstellen.
- ROM/FIT bespaart je van valkuilen. Bijv. gescheiden ouders bij wie persoonlijkheidsproblematiek aan de orde is en je de ouders niet kunt bieden wat zij zoeken. Zonder FIT wordt dit minder goed of minder vaak signaleerd.
- Het komt voor dat je verrast bent door resultaten van een meting; een cliënt is bijv. ineens vooruitgegaan of heeft een terugval. Het is goed het er dan meteen over te kunnen hebben. Het geeft extra informatie en kan voorkomen dat de problemen verergeren.
- De dialoog met de cliënt (i.p.v. een testafname) is erg belangrijk bij ROM en dat is een voordeel in de behandeling. Bij kinderen gebruik je FIT meer klachtgericht en is het erg belangrijk nuanceren in het gevoel mogelijk te maken. Je kunt dan beter afstemmen.
- Bij FIT gaat het niet alleen om de cijfertjes maar vooral om de dialoog met de cliënt hierover.
- Het geeft inzicht in het efficiënt omgaan met afsluiten van behandelingen.

Geïnterviewde gebruikt de scores op de vragenlijsten minder vaak voor andere doeleinden:

- De ROM portal geeft geen richting aan de behandeling (FIT wel), geeft alleen in het begin verheldering van klachten.
- De ROM-FIT gegevens worden in deze praktijk niet gebruikt op geaggregeerd niveau om van elkaar te leren. Cliëntbesprekingen zouden hiermee wel heel goed kunnen starten. Hiervoor is een veilig klimaat nodig vanwege de angst voor vergelijking.
- Op instellingsniveau kan op basis van de geaggregeerde FIT data heel goed geanalyseerd worden wat er efficiënter gedaan kan worden en waar in de instelling.

Verder:

- Collega's in het samenwerkingsverband werken alleen met de ROM portal. Er verandert zoveel, iedereen is overbelast. Maar met FIT kan de behandeling eerder worden afgesloten. De grote instellingen kozen voor iets anders en investeren niet meer in iets anders, men wil er niet aan. De Stichting Benchmark GGZ kiest er niet voor FIT op te nemen in de ROM portal.
- Op zich zijn de CBCL en SDQ geschikte lijsten, in de diagnostiek, om informatie via scholen te betrekken bijvoorbeeld, maar niet voor het verbeteren van behandelingen.
- FIT grafieken dragen sterk bij tot efficiënter interviseren met collega's.

#### Ervaringen van cliënten (volgens de geïnterviewde hulpverlener)

De vragenlijsten uit de ROM portal worden niet altijd ingevuld (met name de eindmeting) doordat cliënten hiervan de zin niet altijd in zien. Hier probeert de behandelaar dan een aparte sessie voor te plannen.

ROM met FIT is ook voor de cliënt (cliëntstelsel) een prettige manier van werken.

#### Verbeterpunten

- Meest irritant van de ROM portal is dat er geen goede helpdesk is. De hele ondersteuning heeft veel tekortkomingen.
- De software van de ROM portal werkt vaak niet goed of gaat moeizaam. Bij een laag percentage kan een effectmeting worden gedaan; het werkt vaak niet. Je zet een bril op die niet alles vangt. Bij FIT was het in het begin lastig dat er alleen nog een papieren methode was; dat ging langzaam en kostte veel tijd. Hierin is enorme vooruitgang geboekt.
- Grootste probleem met de ROM portal is dat er vanuit diagnostiek gedacht wordt (classificatie en ernst). De vragen zijn niet zinvol voor "echte" ROM of voor de cliënt, en het effect dat gemeten wordt is erg betrekkelijk en meestal alleen beschikbaar voor de managers of de verzekeraars. Hoe en door wie de behandeling wordt gegeven bepaalt in veel grotere mate de uitkomst van een behandeling dan de diagnose. Je vraagt iets waar je niets mee doet in de behandeling en dat is bezwaarlijk, al wordt het positief gebracht aan de cliënt. De tussenmeting is niet zinvol, die past niet in de behandeling. Het is vaak lastig om een eindmeting te houden dus er zijn veel niet-complete metingen. Het wordt iets dat moet en daarmee een belasting. De cliënten worden veelal opgeroepen om de eindmeting ter plekke in te vullen en dat is dan het eind van de behandeling of dit vindt plaats in het voorlaatste gesprek. Een instrument als de OQ45 is niet ontwikkeld voor kinderen.

- Het meten van de beleving van cliënt van zijn/haar functioneren is veel zinvoller, maar de huidige vragenlijsten zoals OQ45 zijn zo lang dat je dit niet elke keer kunt checken; dit kan niet in een keer worden gedaan, kost veel te veel tijd.

#### Tips voor andere vrijevestigde hulpverleners

- Schaf zelf de FIT aan (deze zit niet in de ROM portal). In de portal zijn geen normeringen beschikbaar. Je kunt gewoon met de FIT beginnen. Het past goed. Je bent actiever *met* de cliënt aan het werk.
- FIT levert de ideale manier om het kind te behandelen en geeft het kind een steun in de behandeling. Ook ondersteunt FIT de samenwerking tussen hulpverleners.
- FIT werkt makkelijk en snel, je werkt efficiënter. Je komt snel achter belangrijke zaken. Het is prettig voor cliënten en hulpverleners.

### **3.2.3 Vrijgevestigde C**

#### Discipline en praktijk

GZ-psycholoog en gekwalificeerd eerstelijnspsycholoog, werkzaam in een solopraktijk.

#### Cliëntgroep

De geïnterviewde biedt kortdurende psychologische behandelingen (doorgaans tussen 5 en 10 sessies) aan volwassenen (gehele leeftijdsrange). Voorbeelden van veel voorkomende hulpvragen zijn relatieproblematiek, gezondheidsklachten (bv. slecht slapen, hoofdpijn), werkgerelateerde problemen en piekeren. De meeste cliënten komen via de huisarts, sommige via hun netwerk van vrienden en kennissen. Aangezien geïnterviewde uitsluitend werkzaam is in de generalistische Basis-GGZ komen personen met ernstige psychische aandoeningen niet vaak bij geïnterviewde terecht. In de enkele gevallen dat dit wel gebeurt, worden ze door hem verwezen naar de gespecialiseerde GGZ.

#### ROM-procedure

Geïnterviewde werkt met het declaratieprogramma van Consultmanager (ManageWarePro); daarin werden op een gegeven moment ook ROM-vragenlijsten aangeboden en geïnterviewde heeft ervoor gekozen deze te gaan gebruiken. Het gaat om de DASS-42 (Depression Anxiety Stress Scale) en de OQ-45 (Outcome Questionnaire). Op het moment van interviewen is dit het aanbod van Consultmanager, mogelijk worden in de toekomst meer vragenlijsten aangeboden. Nadat geïnterviewde de keuze voor ROM via Consultmanager had gemaakt, viel hem op dat ROM ook via andere 'kanalen' wordt aangeboden, zoals de ROM-portal van de LVE (Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen) of ROM via Cliëntenlogin (een bedrijf dat ICT-ondersteuning biedt aan kleinere praktijken).

Vanuit het declaratieprogramma, waar gegevens van alle cliënten zijn ingevoerd, kan geïnterviewde een e-mail sturen naar een cliënt met een link naar de ROM-vragenlijst die hij heeft geselecteerd. Hij wordt door het programma op de hoogte gesteld wanneer de cliënt de vragenlijst heeft ingevuld en de scores beschikbaar zijn. De scores worden vervolgens uitgeprint en besproken met de cliënt tijdens de volgende sessie. Geïnterviewde vindt dat deze procedure heel goed werkt.

Geïnterviewde is ongeveer drie maanden geleden enthousiast begonnen met het ROM-systeem van Consultmanager. Toen heeft hij al zijn cliënten per mail een vragenlijst

gestuurd, ongeacht waar zij zich bevonden in het behandeltraject. Het is uiteindelijk de bedoeling dat bij elke cliënt aan het begin en na afloop van een behandeltraject een vragenlijst wordt afgenomen. De mogelijkheid bestaat om ook tussentijds vragenlijsten aan te bieden, maar dat is alleen zinvol bij langer durende trajecten.

Op den duur is het de bedoeling dat de ROM-gegevens ook kunnen worden aangeboden aan SBG (Stichting Benchmark GGZ), maar dat is op dit moment nog niet mogelijk voor vrijgevestigde hulpverleners die werkzaam zijn in de generalistische Basis-GGZ.

Voorheen gebruikte geïnterviewde zelf gekozen vragenlijsten voor diagnostiek en psycho-educatie. Deze vragenlijsten werden aan cliënten meegegeven tijdens het eerste consult.

#### Ervaringen van geïnterviewde behandelaar

Geïnterviewde heeft het gevoel dat hij met de ROM-procedure zijn praktijk aan het moderniseren is. Voorheen gaf hij zelf gekopieerde vragenlijsten mee aan cliënten, nu verloopt het helemaal digitaal via een andere organisatie. Hij heeft er wel een tijdje tegen aan lopen hikken, omdat het 'face-to-face' contact met cliënten toch het meest wezenlijke van het werk is. Inmiddels zit hij op het standpunt dat je niet om ROM heen kunt en dat het ook niet hoeft te botsen met het 'face-to-face' contact. Het biedt een soort objectieve spiegel die je cliënten kunt voorhouden, naast de klinische blik van de behandelaar ("het objectiveren van een subjectief gevoel of subjectieve indruk").

Geïnterviewde gebruikt de ROM-procedure bij elke nieuwe cliënt, uitgezonderd oudere personen die geen internet hebben. Het 'nieuwe' declareren (met de invoering van de generalistische Basis-GGZ) kost behoorlijk meer tijd dan de 'oude' manier; in dat kader is het een kleine moeite om een cliënt per mail uit te nodigen een vragenlijst in te vullen. Veel cliëntgegevens worden al ingevuld in het programma om te kunnen declareren, aanvullend moet alleen nog gevraagd worden naar het e-mailadres om de uitnodiging te kunnen versturen.

In het algemeen is geïnterviewde niet erg verrast door de uitkomst van een vragenlijst; het komt vaak overeen met zijn inschatting van een cliënt na een eerste gesprek. Wat hij prettig vindt is dat de uitkomst aan cliënten kan terugkoppelen; dit kan voor hen verrassend zijn. Je kunt ze bij wijze van spreken een 'spiegel' voorhouden, en het geeft een goede ingang voor het verdere gesprek. Met name de opvallend hoge of lage scores (op schalen) worden besproken. Dit is deels psycho-educatie.

Geïnterviewde geeft aan dat het eigenlijk neerkomt op het 'her-labelen' van de klachten van een cliënt. De cliënt kent zichzelf, en zijn/haar klachten, maar als de klachten via een vragenlijst worden geclusterd en gelabeld, geeft dat toch een ander inzicht. Dit is behulpzaam bij de communicatie met de cliënt, en bevordert de behandelrelatie. Je laat de cliënt op een andere manier naar zichzelf kijken, en probeert vervolgens ook middelen aan te reiken om anders met de klachten om te gaan.

Geïnterviewde gebruikt de scores op de vragenlijsten niet voor het kiezen van de behandelvorm of het tussentijds bijstellen daarvan. Ook het gebruik van ROM-scores op geaggregeerd niveau gebeurt nog niet; er zijn nog te weinig cliënten gezien met de ROM-systematiek. Het programma van Consultmanager biedt deze functionaliteit overigens wel; er kunnen overzichten gemaakt worden per cliëntgroep. Geïnterviewde is nieuwsgierig naar de bruikbaarheid en het nut hiervan.

Aangezien geïnterviewde de ROM-procedure nog maar kort gebruikt (3 maanden) kan hij nog niet aangeven wat beter zou kunnen. Hij is benieuwd of het volledig de methode kan vervangen die hij voorheen gebruikte. Toen hadden zelf gekozen vragenlijsten een centrale rol bij de diagnostiek en psycho-educatie: in het eerste gesprek werden de vragenlijsten met de cliënt doorgelopen om toelichting te geven, in het tweede gesprek gaf de cliënt de ingevulde vragenlijsten terug zodat deze uitgewerkt konden worden door de behandelaar, en in het derde (en soms vierde) gesprek werden de uitkomsten uitgebreid besproken met de cliënt. In de ROM-procedure maken de vragenlijsten minder integraal onderdeel uit van de behandeling. Dit heeft ook te maken met de nieuwe financiering in de generalistische Basis-GGZ. Er zijn in het algemeen minder sessies met een cliënt (voor meer dan de helft van cliënten maximaal 5 of 6 sessies, oftewel zorgzwaarteproduct Kort), waardoor er weinig ruimte is om uitgebreid stil te staan bij (scores op) vragenlijsten.

#### Ervaringen van cliënten (volgens de geïnterviewde behandelaar)

Ondanks dat het programma twee keer een reminder stuurt, vullen niet alle cliënten de vragenlijsten in. Geïnterviewde schat dat 25-30% van zijn cliënten dit niet doet. Mogelijke redenen hiervoor zouden volgens geïnterviewde kunnen zijn: desinteresse, geen motivatie, of het opgeven van een e-mailadres wat iemand niet/nauwelijks gebruikt.

Geïnterviewde legt altijd uit aan een cliënt waar ROM voor dient en waarom hij zijn/haar e-mailadres nodig heeft (deze toelichting gebeurt ook schriftelijk). Hij geeft daarbij aan dat het voor een deel gaat om zicht te krijgen op de effecten van psychologische behandelingen in de eerste lijn, maar ook dat hij de resultaten kan inzien en die samen met de cliënt gaat bespreken in het kader van zijn/haar behandeling. Ook geeft hij aan dat de vragenlijst wordt toegestuurd door een onafhankelijke instantie. Geïnterviewde kan zich indenken dat dit laatste ook een reden kan zijn die kan meespelen bij cliënten om een vragenlijst niet in te vullen. In de methode die geïnterviewde voorheen gebruikte kwam het hoogst zelden voor dat cliënten vragenlijsten niet invulden. Mogelijk had dat er mee te maken dat deze procedure uitsluitend was gericht op het ondersteunen van de behandeling (i.h.b. diagnostiek en psycho-educatie) en dat er geen 'derde' partij bij was betrokken.

Vragenlijsten na afloop van de behandeling worden vaak niet ingevuld door cliënten. Een verklaring hiervoor kan zijn dat men de psycholoog toch niet meer ziet. Het omgekeerde komt ook voor. Geïnterviewde geeft het voorbeeld van een cliënt die aan het begin van de behandeling de vragenlijst niet invulde, maar dit wel heel snel deed na afloop, omdat ze erg tevreden was over de ontvangen hulp.

Geïnterviewde onderneemt op dit moment geen pogingen om cliënten te motiveren om alsnog vragenlijsten in te vullen. Mogelijk gaat hij dat in de toekomst wel doen.

#### Verbeterpunt

Voldoende tijd vergoed krijgen om de scores op ROM-vragenlijsten uitgebreid te kunnen bespreken met cliënten. Nu wordt bv. diagnostiek niet vergoed, alleen behandeling. Er kan wel 'indirecte tijd' worden gedeclareerd, maar dat is maar beperkt en ook bestemd voor andere zaken dan ROM, zoals verslaglegging, administratie en overlegtijd met verwijzer.

#### Tip voor andere vrijgevestigde hulpverleners

Geïnterviewde hoort om zich heen dat er nogal wat collega's zijn die ROM vooral lastig en moeilijk vinden, en als iets dat moet van verzekeraar. Zijn tip is om er gewoon in te stappen, en dan zal men ervaren dat het best mee valt.

### **3.2.4 Vrijgevestigde D**

#### Discipline en praktijk

Geïnterviewde (vrouw) is NIP eerstelijnspsycholoog, BIG GZ psycholoog, BIG psychotherapeut, BIG klinisch psycholoog, Supervisor VGct (d.w.z. cognitief gedragstherapeut en supervisor voor gedragstherapeuten in opleiding), werkzaam in een psychologenpraktijk in een gezondheidscentrum. Geïnterviewde is praktijkhoudster en heeft twee hulpverleners in dienst.

#### Cliëntgroep

De geïnterviewde behandelt volwassenen met psychische problemen, lichamelijke klachten en chronische vermoeidheid. Klachten worden zoveel mogelijk kortdurend en klachtgericht behandeld. Er wordt met name specialistische zorg geboden, maar ook generalistische basiszorg. Voor de transitie van de jeugdzorg behandelde geïnterviewde ook kinderen met psychische problemen of overgewicht, maar voor dit jaar is hiervoor geen contract met de gemeente. De behandeling duurt vaak langer dan 10 gesprekken maar is heel wisselend, uiteenlopend van 5 gesprekken tot 2 jaar.

#### ROM-procedure

De geïnterviewde neemt in het kader van ROM en ook al jaren daarvoor de SCL-90 af (geïnterviewde heeft 30 jaar ervaring met de SCL). Vaak ook de CIS (Checklist Individuele Spankracht) bij vermoeidheid en de BDI (verkorte of standaard versie) bij depressieve symptomen.

In het kader van de verplichte ROM neemt geïnterviewde sinds kort ook de OQ-45 (Outcome Questionnaire) af, maar zij moet nog beter leren deze te interpreteren.

De CORE34 (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) heeft geïnterviewde een tijdje uitgetoetst maar deze is niet voldoende onderscheidend (de SCL heeft meer aanduidingen) en voegt niets toe. De OQ lijkt geschikter want kan vaker worden afgenomen en bevraagt ook andere dimensies zoals persoonlijk contact.

Dit jaar start geïnterviewde met het meten van de tevredenheid van de cliënt. Het is een eis van VGZ om dit mee te nemen.

Al deze zelfinvulvragenlijsten worden door de cliënt ingevuld, 90% online via de ROM portal van de LVVP (voorheen NVVP). Reflectum is de leverancier.

Vooraf voor ouderen is het soms moeilijk om de vragenlijsten online in te vullen.

Geïnterviewde vraagt dan aan cliënt dit ter plekke te doen in de praktijk op een tablet in de wachtkamer en voert de gegevens dan zelf in in de portal. Of zij geeft de cliënt een papieren versie van de SCL of BDI mee.

Geïnterviewde vraagt altijd na de intake om de vragenlijsten in te vullen, of soms na 2 gesprekken. Om de vragenlijsten al voor de intake te laten invullen is een heel andere manier van werken en geeft ook een boodschap aan de cliënt dat het meten belangrijker is dan het gesprek of het contact. Cliënten krijgen al zo veel toegestuurd. Cliënt ontvangt een mail dat de vragenlijsten zijn aangemaakt, de inloggegevens en het verzoek om deze in te vullen. Als het goed gaat kun je de bevindingen na het 2<sup>e</sup> gesprek terugkoppelen. Vaak treedt er vertraging op vanwege een emailadres dat niet klopt, het wachtwoord dat kwijt is, etc.

De eindmeting vindt plaats aan het eind van de behandeling, in het gesprek voor het afsluitende gesprek, zodat je nog een terugkoppeling kunt geven. Plus aan het eind van de DBC.

Volgens de SBG moeten 2x in een kalenderjaar de vragenlijsten worden afgenomen, aan het begin en eind van de behandeling. Maar soms loopt de behandeling over 2 jaren en dan moet je een extra meting houden om aan de meeteisen te voldoen. Dit kost extra tijd. Het advies bij de OQ is elke 3 maanden. De verwachting is dat dit met de OQ beter zal verlopen.

Afname van de CORE en OQ is gratis via de portal, voor de SCL wordt 1,50 euro per vragenlijst betaald aan uitgeverij Pearson.

Het online invullen van de vragenlijsten door de cliënt scheelt tijd, maar je moet ook de resultaten bekijken, de cliënt inlichten, etc. De praktijk heeft geen testassistente, wel een freelance secretaresse. Alles bij elkaar kost het meer dan het oplevert.

De bedoeling is dat voor alle cliënten de ROM wordt uitgevoerd, maar soms lukt dit niet. 100% van de cliënten wordt niet gehaald, 50% zeker wel.

De bevindingen gaan altijd over een bepaalde periode, klachten kunnen wisselen en de meting is altijd beperkt, over een bepaalde periode. Verschuivingen hoeven niet altijd iets te zeggen over uitsluitend het effect van de behandeling.

Het is voor het kunnen uitvoeren van de ROM van belang goed uit te leggen aan de cliënt wat het doel is en wat de bedoeling is, dat verzekeraars dit vragen en dat het extra informatie geeft. In de intake kom je er niet aan toe deze extra informatie te geven.

#### Ervaringen van geïnterviewde hulpverlener

Geïnterviewde noemt verschillende voordelen van de gebruikte ROM-procedure voor het primaire proces:

- ROM levert extra informatie. Soms komt een hoge score op de vragenlijst niet uit het verhaal en je hebt dan aanleiding om door te vragen; dit levert extra informatie die het beeld dat je hebt n.a.v. de intake kan bevestigen of ontcrachten. ROM versterkt de klinische blik. Aan de hand van ROM kun je het beeld dat je hebt goed uitleggen aan de cliënt.
- Cliënten vinden het interessant om verbetering te zien, om te zien of zij wel of niet vooruit zijn gegaan. De interpretatie van de scores blijft heel belangrijk. Bijv. als een negatief gevoel sterker is geworden kan dit vooruitgang betekenen als je bedenkt dat de cliënt meer is gaan voelen, eerder afgevlakt was. Het is dan juist wel goed gegaan. Als vragen niet zijn ingevuld kun je hier op doorvragen of als je



de scores niet goed begrijpt kun je hier op doorvragen. Dit kan heel erg helpen, bij een klein percentage. Geïnterviewde heeft dit altijd al zo gedaan aan de hand van de SCL en nu in het kader van ROM.

- Aan de hand van de bevindingen kun je de cliënt confronteren met het feit dat er iets aan de hand is. ROM kan hierbij erg helpen om de cliënt te laten open staan voor therapie of voor wat je aandraagt. In de beginfase heeft ROM meer voordelen dan nadelen.
- Zonder ROM doe je deze dingen wel, maar indirect, minder gestructureerd.
- ROM helpt om samen met de cliënt de juiste behandeling te kiezen. ROM helpt met name als dit iets anders aanwijst dan verwacht, hetgeen bij een klein percentage het geval is.

Geïnterviewde gebruikt de scores op de vragenlijsten minder vaak voor andere doeleinden:

- Geïnterviewde gebruikt ROM niet om de behandeling te wijzigen; daarvoor zijn er te weinig tussenmetingen.
- Geïnterviewde gebruikt ROM niet om de behandeling te beëindigen. Als je vastloopt in de behandeling voegt een vragenlijst waarschijnlijk niet veel toe. Misschien moet de tijd uitwijzen of dit mogelijk is met herhaalde metingen. De SCL is hiervoor niet geschikt.
- Geïnterviewde denkt niet dat ROM de motivatie van de cliënt direct verbetert. Ook niet dat ROM de relatie met de cliënt verbetert.
- Bij uitzonderingsgevallen helpt ROM in de communicatie met de cliënt: als er afwijkingen zijn in de intake, bij wat je ziet gebeuren, bij vragen over wat is ingevuld waarbij je de cliënt om uitleg vraagt.

Verder:

- De methodiek van Scott Miller vergt een heel andere manier van therapie geven. De vraag is steeds wat je beter kunt doen. Bij perfectionistische mensen wil je soms juist afleren om hier steeds bij stil te staan. De methodiek is heel Amerikaans (inclusief geweldige verkooppraatjes).
- ROM kost tijd in het gesprek. Bij sommigen werkt ROM wel, maar bij anderen niet.
- Geïnterviewde heeft erg moeten wennen aan de ROM portal. Hoe goed de methodiek werkt hangt ook af van de computermogelijkheden/vaardigheden van de hulpverlener. Als je hierdoor dingen op papier laat invullen, kost dit veel tijd.
- Ook is het wennen aan de eisen die de overheid stelt en de aansluiting bij de Stichting Benchmarking GGZ. Het is lastig om aan de eis van 25% over 2015 te komen want je bent hierin ook afhankelijk van de cliënt (wachtwoord kwijt, privacy bezwaren). De praktijk is dan tijd kwijt aan het aanmaken van nieuwe inloggegevens, reminders sturen, etc. Dit gaat wel steeds beter.
- In deze praktijk worden de ROM gegevens niet gebruikt om van elkaar te leren en dit zal ook niet op korte termijn gaan gebeuren. Je kunt niet alles met elkaar bespreken. Er zijn al zoveel administratieve zaken die in de basis ggz binnen de 750 minuten moeten: het indicatieverslag, een getekend behandelplan, een voor-en nameting, een brief aan de huisarts. ROM is dan het zoveelste, terwijl de opbrengst onduidelijk is. Wel kan er een meting zitten bij het indicatieverslag dat dan in de intervisie wordt besproken, maar niet in het kader van ROM.
- Scholing is nodig. Het feit dat ROM verplicht wordt zal hulpverleners helpen de vragenlijsten te gaan gebruiken. Ook verplichte cursussen zijn wellicht nodig.

### Ervaringen van cliënten (volgens de geïnterviewde hulpverlener)

Enkele cliënten willen niet deelnemen aan ROM uit angst voor het vastleggen van gegevens. Wat gaat gebeuren met alle gegevens? Hoe veilig is de grote database en het aanleveren en de koppeling van de gegevens? Geïnterviewde deelt deze zorg.

Soms heb je wel de beginmeting maar niet de eindmeting. Het is niet makkelijk om een volledige meting te krijgen: cliënten vergeten de eindmeting in te vullen en als de behandeling eenmaal is afgerond lukt dit niet meer.

Cliënten vullen vragen soms deels in of kunnen niet kiezen tussen categorie 3 en 4 bijvoorbeeld, of weten niet wat zij moeten aangeven als iets de ene dag anders is dan de andere dag.

### Verbeterpunten

- Geïnterviewde wil meer lijsten gaan gebruiken. Iedere papieren lijst kost veel geld. Het online klaarzetten van vragenlijsten kost geld bij elke aparte opdracht. In 1x 10 lijsten afnemen is goedkoper maar dit stel je dan uit in de praktijk. Het aanschaffen van de volledige test is duurder. Het is soms technisch lastig vragenlijsten te activeren en te selecteren. Op het gebied van technische verbetering is een weg te gaan. Wanneer ROM sneller verloopt rondom de intake kan er meteen goed teruggekoppeld worden aan de cliënt vanuit ROM.
- Meer vragenlijsten in de portal zodat het gebruik van de vragenlijsten gratis of goedkoper is, is wenselijk. Zoals de SCL, die nu een extra vragenlijst is. De OQ is gratis, de CORE niet.
- De grootste zorg is dat verzekeraars ROM verplichten om de resultaten van behandelaars te kunnen vergelijken. Terwijl deze instrumenten ontwikkeld zijn voor diagnostiek en niet voor het meten van het resultaat van behandelingen. Dit baart zorgen. Geïnterviewde noemt het voorbeeld dat een praktijk bijvoorbeeld geweldige SCL-scores kan laten zien, maar dat sommige cliënten niet in die praktijk passen en verwezen worden naar andere hulpverleners, die wellicht minder goede scores laten zien (de moeilijkere problemen krijgen). En kun je de instellingen vergelijken met vrijgevestigden? ROM gaat voorbij aan waarvoor het was ontwikkeld; het doel is verbeteren van de behandeling i.p.v. het maken van vergelijkingen. Vrijgevestigden kunnen aansluiten bij de Stichting Benchmarking GGZ, maar ROM zou dan wel anders moeten op bepaalde punten, zoals het gebruik van andere instrumenten.

### Tips voor andere vrijgevestigde hulpverleners

- Meer cursussen voor vrijgevestigden volgen, zoals de ROM-avond door de NVVP.

### 3.2.5 Vrijgevestigde E

#### Discipline en praktijk

Psychotherapeut (man), werkzaam in een groepspraktijk met een andere collega.

#### Cliëntgroep

De geïnterviewde behandelt volwassenen met langdurende problemen, met name volwassenen met een complex trauma en/of een persoonlijkheidsstoornis. De behandelduur varieert van minimaal driekwart jaar tot meerdere jaren.

#### ROM-procedure

In de groepspraktijk wordt al lang gebruikt gemaakt van ROM in de dagelijkse praktijk. In 2006 of 2007 werd hiermee begonnen via Mentaal Beter, waar zij een franchise-overeenkomst mee hadden. Mentaal Beter zocht toentertijd een aantal praktijken die ROM wilden uitproberen volgens de Client Directed Outcome Informed (CDOI) methodiek die is ontwikkeld door onder andere Scott Miller. Centraal in deze ROM-methode is dat feedback onmiddellijk en systematisch wordt ingebracht in de behandeling (zie voor meer informatie: [www.scottdmiller.com](http://www.scottdmiller.com)).

Invoering van de CDOI-methodiek is soepel verlopen. Centraal hierin staat het gebruik van twee eenvoudige vragenlijsten: de *Outcome Rating Scale* (ORS) en de *Session Rating Scale* (SRS). De ORS wordt telkens aan het begin van een behandelsessie afgenomen en betreft vier vragen over vier domeinen van functioneren: Individueel, Relationeel, Sociaal en Algeheel. Aan het einde van elke behandelsessie wordt de SRS afgenomen. Ook hier gaat het om vier vragen en die gaan over het behandelgesprek van die dag: Relatie, Doelen en Onderwerpen, Aanpak en/of Werkwijze en Algeheel.

Daarnaast wordt standaard de Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE-34) gebruikt aan het begin en het einde van een behandeltraject. Deze vragenlijst onderscheidt vier subschalen: Welzijn, Problemen of Symptomen, Functioneren en Risico. De scores op de CORE-34 worden bij het landelijke DBC-Informatiesysteem (DIS) aangeleverd en aan SBG (Stichting Benchmark GGZ), tenzij cliënten een privacyverklaring hebben ingevuld.

Cliënten vullen zelf de bovengenoemde vragenlijsten in. Dit gebeurt digitaal via een laptop. De vragenlijsten worden betrokken via Reflectum, een bedrijf dat onder meer een ROM portaal voor de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP) onderhoudt ([www.reflectum.nl](http://www.reflectum.nl)). De drie vragenlijsten zijn kosteloos, wel betaalt de geïnterviewde jaarlijks een vergoeding aan Reflectum voor het gebruik van de ROM-portaal. Reflectum biedt overigens een breed assortiment aan ROM-vragenlijsten; voor een deel hiervan moet per cliënt/afname worden betaald.

#### Ervaringen van geïnterviewde behandelaar

Geïnterviewde noemt verschillende voordelen van de gebruikte ROM-procedure voor het primaire proces:

- De ORS en SRS geven directe feedback tijdens de behandeling. Het gaat slechts om enkele vragen, die integraal onderdeel zijn geworden van de behandeling van cliënten, en daardoor ook niet vergeten worden.
- Scores op de ORS (gaat het beter met de cliënt?) en SRS (verbetert de behandelrelatie?) worden onmiddellijk grafisch weergegeven. Gedurende de

behandeling van een cliënt is vaak grafisch te zien dat de klachten afnemen en dat de behandelrelatie of altijd goed is geweest, of een wat grilliger verloop heeft en in de loop der tijd verbeterd.

- Elke sessie wordt (a.d.h.v. de score op de SRS) de kwaliteit van de behandelrelatie bewust besproken met de cliënt. De SRS-scores helpen de geïnterviewde in het vaststellen van hoe de behandelrelatie met de cliënt zich ontwikkelt, wat hij beschouwt als het meest wezenlijke deel van de zorg dat hij biedt.
- Het gebruik van scores om de behandeling bij te stellen. Bijvoorbeeld als de score van een cliënt op de SRS aangeeft dat de geboden zorg niet aansluit bij zijn of haar behoefte.
- Soms is een score ook verrassend laag. Bijvoorbeeld een lage score aan het eind van de sessie op de subschaal van SRS over 'Doelen en Onderwerpen'. Dit geeft dan aanleiding om het daar over te hebben: hoe komt het dat men dat niet expliciet naar voren heeft wilt brengen?
- Het gebruik van de CORE-34 (bij het begin van het behandeltraject) als een momentopname van het functioneren van een cliënt. Lage scores kunnen als uitgangspunt dienen bij het gesprek met een cliënt.
- De risicoscore op de CORE-34 (suïcidaliteit of geweld tegen anderen) is soms hoger dan de geïnterviewde zelf ingeschat zou hebben. Dat is prettig, omdat dit dan kan worden uitgevraagd bij een cliënt. Uiteindelijk blijkt het risico bij de binnen de praktijk behandelde groep cliënten doorgaans mee te vallen, of het risico vermindert omdat het besproken wordt.

Geïnterviewde gebruikt de scores op de vragenlijsten minder vaak voor andere doeleinden:

- De ROM-scores worden minder gebruikt om de behandeling te beëindigen. Dit komt meestal vanuit het contact voort (een cliënt voelt zich weer goed/de gestelde doelen zijn gehaald). De ROM-scores worden meer gebruikt als een bevestiging van herstel (de cliënt beoordeelt zichzelf en zijn/haar situatie al gedurende langere tijd positief).
- De ROM-scores worden niet gebruikt om in het begin van het behandeltraject een keuze te maken qua type behandelmethode. Dat gebeurt in het gesprek met een cliënt, ondersteund met de afname van andere vragenlijsten die geen onderdeel uitmaken van de ROM-procedure.
- Geïnterviewde bespreekt ROM-scores niet standaard met zijn collega met wie hij de groepspraktijk vormt; dit gebeurt een enkele keer.

Verder:

- De tijd die geïnterviewde nodig heeft voor ROM is beperkt en voert hij op in DBC's.
- Geïnterviewde kopieert de grafiek met begin- en eindscores op de CORE-34 (waaruit blijkt dat een cliënt is opgeknapt) in de uitschrijfbrief naar de huisarts.

#### Ervaringen van cliënten (volgens de geïnterviewde behandelaar)

In principe gebruikt de geïnterviewde de ROM-vragenlijsten bij elke cliënt. Een enkele keer weigert een cliënt de vragenlijsten in te vullen omdat men achterdochtig is naar Reflectum toe. Men vraagt zich af of er wel vertrouwelijk wordt omgegaan met de gegevens. In sommige gevallen roept de herhaaldelijke afname van de ORS en de SRS tijdens de behandelsessies weerstand op, en wil men alleen de CORE-34 aan het begin en het einde van het behandeltraject invullen. De weerstand kan bijvoorbeeld voortkomen uit het zich beoordeeld voelen (in geval van de ORS) of het idee te hebben dat men de hulpverlener

(de geïnterviewde) moet beoordelen (in geval van de SRS). Geïnterviewde probeert in deze gevallen meer uitleg te geven over het doel van de vragenlijsten. Bijvoorbeeld dat het niet gaat om het beoordelen van hem persoonlijk, maar om het beoordelen van de behandelrelatie en hoe die verbeterd kan worden.

Aan cliënten die de vragenlijsten niet willen invullen, vraagt de geïnterviewde als alternatief reflectieverslagen te schrijven.

De ernst van de klachten verergert meestal in eerste instantie (blijkt uit de scores op de ORS), omdat cliënten zich meer bewust worden waar ze last van hebben. Dit bespreekt de geïnterviewde met cliënten als een normaal gegeven, eigenlijk als een verbetering. Cliënten begrijpen dit meestal goed, hoewel het confronterend kan zijn.

Door het telkens invullen van de ORS en SRS worden cliënten zich meestal meer bewust van wat er aan de hand is en hoe ze invloed kunnen hebben op hun situatie. Ze krijgen meer zelf controle over wat ze aan het doen zijn.

#### Verbeterpunten

- De ROM-portaal biedt ook (grafische) informatie op geaggregeerd niveau (bv. het percentage cliënten dat is verbeterd, uitgesplitst naar type). Hoewel het hem wel zinvol lijkt, maakt de geïnterviewde hier weinig gebruik van, het komt er niet van. Hij geeft aan dat dit in de intervisiegroep met collega's gebruikt zou kunnen worden, die op reguliere basis samenkomt (is een verplichting vanuit de beroepsvereniging).
- Een verbeterpunt van 'technische' aard is dat de portaal van Reflectum traag werkt, zodat het soms lang duurt voordat een vragenlijst is 'geüpload' en ingevuld kan worden door een cliënt.
- Geïnterviewde zou graag vragenlijsten die hij voor de indicatiestelling gebruikt beschikbaar willen hebben via Reflectum (o.a. Schema Mode Questionnaire voor schematherapie).

#### Tips voor andere vrijgevestigde hulpverleners

- Ga er mee experimenteren; gun jezelf de ruimte om het te doen. De meeste hulpverleners kunnen hun voordeel ermee doen.
- Schrijf de benodigde tijd weg in DBC's, zodat niet het gevoel ontstaat dat men het voor niets doet in financiële zin.

### **3.3 Verslagen van interviews met cliënt (vertegenwoordigers)**

#### **3.3.1 Cliënt A**

##### Introductie

De vragenlijsten zijn ongeveer een jaar geleden door de hulpverlener geïntroduceerd. De hulpverlener heeft de vragenlijsten gewoon gestuurd en aan cliënt gevraagd om ze te bekijken en of cliënt ze wilde invullen. Hulpverlener heeft toegelicht waarvoor we waren en hoe het werkte. Het was voor cliënt helder waarover het ging en waarvoor de hulpverlener ze wilde gebruiken.

##### Gang van zaken

Na iedere sessie krijgt de cliënt aan het einde van de dag een e-mail met een koppeling naar de online vragenlijst. Soms zit er een paar dagen tussen voordat cliënt de vragenlijst invult, maar het werkt voor cliënt het beste als cliënt dit zo snel mogelijk doet omdat het dan nog vers is. Cliënt is er meestal zo'n 20 minuten mee bezig. Tussendoor heeft cliënt ook andere lijsten ingevuld omdat het via de computer niet altijd lukte om ze online in te vullen. Daarbij is veel e-mailcontact geweest met de softwareleverancier om het weer voor elkaar te krijgen. De andere lijsten leverden wel heel veel op, maar waren minder uitgebreid.

Een aantal vragen is altijd hetzelfde: Wat is er besproken? En: Wat heb je als helpend ervaren? Wat heb je als storend ervaren? Bij de ene keer stopt het daarbij en bij de andere keer volgt er dan nog een lijst over hoe je je de afgelopen weken gevoeld hebt. Die zit er maar een enkele keer bij.

##### Ervaringen met het invullen

De cliënt vindt het invullen van de vragenlijsten fijn om te doen, het is weer even teruggaan naar het gesprek wat cliënt heeft gehad. Meestal als cliënt thuiskomt na een sessie moet het eerst even zakken. Aan het einde van de dag krijgt cliënt de uitnodiging om het in te vullen, dan legt cliënt nog een keer extra de nadruk op alles wat gezegd is en wat cliënt meegekregen heeft die dag. Cliënt vindt het heel fijn om in te vullen, cliënt vindt de lijst ook prettig om mee te werken.

In het begin vond cliënt dit een belasting om te doen. Cliënt zit niet zo heel vaak achter de computer, deze moet dan hiervoor worden opgestart en de computer is ook heel oud. Dat maakte het vervelend om er tijd in te steken. Nu cliënt het om de twee weken gewoon meteen doet, is het een gewoonte geworden en ondervindt cliënt geen belasting hiervan. Client merkt dat cliënt het nu juist heel fijn vindt. Om alles wat er gezegd is weer even op een rijtje te zetten. Client vult de vragenlijst wel alleen in.

Het invullen helpt wel bij het herstel. Als cliënt 's avonds de dingen op papier zet, dan dringen de dingen nog een keer door of beter door, doordat cliënt de dingen heeft verwoord. Dit is voor cliënt heel helpend, het blijft daarna ook beter hangen. Die keren dat cliënt het niet deed (vergeten of niet aan toe gekomen), ebt het gesprek of de dingen die gezegd zijn weer weg.

Cliënt ziet de zin van de extra vragenlijst over het gevoel niet zo in. Dit kwam omdat cliënt de eerste maanden van de therapie zich nog steeds niet beter voelde, maar wel duidelijk

proces zag. Dan vond cliënt het eigenlijk heel vervelend om steeds in te vullen dat cliënt zich slecht voelde, omdat het dan leek of cliënt er helemaal niet vooruit ging. Terwijl cliënt wist dat de therapie helpend was, maar dat gaf niet direct resultaat op het gevoel. Dat vond cliënt heel confronterend. Cliënt heeft de vragenlijst wel steeds eerlijk ingevuld maar dacht dan wel: 'Hè, moet ik nu weer opschrijven dat ik me naar gevoeld heb'.

#### Ervaringen met de terugkoppeling

De hulpverlener bespreekt nooit wat er is ingevuld. Een keer is dat wel gebeurd. Toen had cliënt bij een bepaald punt een 10 genoteerd en dat werd door hulpverlener ter sprake gebracht als een punt dat blijkbaar heel belangrijk voor cliënt was geweest. Cliënt ziet zelf de scores of resultaten niet terug. Cliënt kan zich niet voorstellen dat cliënt daardoor verrast zou kunnen zijn, want cliënt weet wel wat er ingevuld is. Je kunt scores geven van 0 tot 10. Die zitten bij cliënt meestal vrij hoog; om dat terug te zien zou cliënt niet verrast zijn. Ook op de vragenlijst over het gevoel is de hulpverlener niet teruggekomen. Dat vond cliënt niet jammer, cliënt vertelde zelf in elke sessie wel hoe cliënt zich voelde.

Het gebruik van de vragenlijsten beïnvloedt de relatie tussen cliënt en hulpverlener niet. Cliënt heeft de indruk dat als cliënt de vragenlijst invult dat er helemaal niets nieuws bij staat. Het zijn de dingen die gezegd zijn en wat het de cliënt gedaan heeft (wat meestal ook tijdens het gesprek wel duidelijk is). Voor de hulpverlener wordt wel duidelijk wat belangrijk voor cliënt is, omdat cliënt er een cijfer aan geeft; dit gebeurt niet tijdens het gesprek zelf. Client gelooft niet dat daardoor iets in de relatie verandert. Client heeft ook zonder vragenlijsten gewerkt, cliënt geeft de voorkeur aan het werken mét de vragenlijsten. Dat heeft ermee te maken dat het voor cliënt veel vaster, veel duidelijk wordt als cliënt het opschrijft. Als cliënt het niet opschrijft, glipt het toch vaak weg.

#### Verbeteringen

Er wordt in de vragenlijst niet gevraagd naar het gevoel. Wel wordt er gevraagd in hoeverre hetgeen je besproken hebt, helpend was. Cliënt beschrijft zelf het gevoel daarbij, bijvoorbeeld of cliënt opgelucht was, of cliënt zich heel blij of heel zwaar voelde. Dit vult cliënt zelf in, maar dat zou ook gevraagd kunnen worden.

### **3.3.2 Cliënt B**

#### Gang van zaken

Na iedere sessie krijgt de cliënt dezelfde dag nog de vragenlijst via de mail toegestuurd en vult cliënt deze thuis in via het internet. Bij de opening van de volgende sessie zijn er scores beschikbaar. De behandelaar legt dan uit wat het resultaat ervan is, en benoemt heel helder of er sprake is van vooruitgang of een terugval. Dit wordt gedaan op verschillende vlakken, zoals emotioneel, je denken, je handelen. Cliënt ontvangt iedere keer ongeveer dezelfde vragenlijst; af en toe zijn er wat andere vragen. De vragenlijst begint met een aantal open vragen: Hoe heb je de sessie ervaren? Wat heb je ervan geleerd? Daarna volgt een aantal stellingen met de antwoordcategorieën eens/neutraal/oneens. Deze stellingen wisselen. De vragen zijn heel persoonlijk en worden door de cliënt zelf ingevuld.

### Ervaringen met het invullen

Soms is het lastig om het in te vullen; de cliënt doet dit meestal een dag ná de sessie. Het is soms moeilijk om te bedenken wat er ook al weer was besproken, dan gaat er heel veel door het hoofd van de cliënt heen en dan weet cliënt het even niet meer. De cliënt heeft dan geen inspiratie meer waarover het ging en dat is moeilijk. Cliënt vindt het invullen echter niet belastend in die zin van: 'O, moet ik die stomme lijsten weer invullen'. Positief is dat er een klein stukje herhaling is van wat er ook al weer besproken is, een soort reminder. Ook positief is het feit dat cliënt een objectieve score krijgt van de behandelaar zelf hoe het proces verloopt. Cliënt hecht er waarde aan dat de vragenlijst als instrument gebruikt wordt.

### Ervaringen met de terugkoppeling

Proces over het herstel wordt goed bewaakt. De cliënt is nauwelijks verrast door de scores; het klopt eigenlijk altijd met hoe cliënt het ervaart. Dat is dan weer wel verrassend. Cliënt vindt het fijn hoe de resultaten teruggekoppeld worden: met een klein stukje nabespreking van de vorige keer, maar zonder er te lang in te blijven hangen. Maximaal 5 minuten en dan door met de sessie. De cliënt ervaart inzicht in herstel: je meet dat de sessies productief zijn, het geeft een kleine herhaling van wat er besproken is. Je krijgt dan ook een reminder van hoe je er toen bij zat en dat kun je vergelijken met hoe het nu is. De cliënt vindt het heel belangrijk dat je ook meet dat je progressie boekt: niet alleen gevoelsmatig maar dat het ook gescoord wordt. De cliënt ervaart invloed op de manier waarop cliënt en behandelaar met elkaar omgaan. Zo vult de cliënt in of er zaken zijn die niet bevallen zijn of over de manier waarop ze besproken zijn. Dat ligt daarmee dan duidelijk op tafel. De behandelaar kan dan een manier van aanpak bedenken om het met de cliënt op te pakken en het eventueel te veranderen. Dit doet de behandelaar ook. Zo heeft de cliënt wel eens ingevuld dat het e.e.a. niet helemaal helder was en dat werd door de behandelaar dan de volgende keer benoemd en besproken. Dit vindt cliënt fijn. Soms wordt er namelijk in de sessies zoveel besproken of komen er emoties naar boven, zodat cliënt dan niet helemaal helder blijft en achteraf denkt: 'O, dit had ik moeten doen', of: 'Dit had ik moeten vragen'. Als cliënt dit dan achteraf op de vragenlijst invult, dan hebben cliënt én behandelaar een reminder om dit nog een keer op te pakken. De invloed van de vragenlijst op de relatie cliënt-hulpverlener is niet heel groot. De cliënt heeft een fijne hulpverlener en zij zijn heel duidelijk tegenover elkaar; als er iets niet bevalt wordt het door beiden meteen besproken in de sessie, teruggekoppeld en opgepakt. De vragenlijst is een fijn instrument omdat je naderhand iets kunt invullen wat je vergeten bent en dan krijgt de cliënt de feedback weer terug.

Met het invullen van de vragenlijst staat het zwart op wit, dan kun je daarop teruggrijpen. Bij hulp zonder vragenlijst weet je soms niet weer wat je twee of drie weken geleden gezegd hebt. Dat moet voor een hulpverlener die dagelijks met 5 of 10 mensen spreekt, ook moeilijk zijn na 2-3 weken. Je documenteert het goed door het vast te leggen op papier. Client kan niet zelf online de vragenlijsten terug zoeken, maar kan het altijd aan de hulpverlener vragen.

### Verbeteringen

De vragenlijsten zijn soms subjectief, dan kan cliënt niet snappen hoe er objectieve uitkomsten uit kunnen komen bij bepaalde vragen. Bv. Hoe heb je de sessie ervaren? Heeft de hulpverlener u goed behandeld? Met de antwoorden eens en oneens (met twee tussenstappen) is het de vraag wat 'goed' nu eigenlijk betekent. Zo is de hulpverlener van de cliënt respectvol. Dan is 'goed' zo'n raar woord om dat hiermee aan te geven. Dit is overigens ook de manier waarop de cliënt aankijkt tegen dit soort vragenlijsten.



Soms zijn de vragenlijsten wat lang, met veel open vragen. Die zijn lastiger in te vullen voor cliënt dan open vragen. De cliënt voelt zich verantwoordelijk om er veel tekst bij te zetten om het goed te doen, dat is ook persoonlijk. De lengte van de vragenlijsten varieert, daardoor varieert ook de invulduur van 10 tot 35 minuten.

Bovenstaande punten gelden, wat de cliënt betreft, voor iedere vragenlijst.

De cliënt is tevreden over de heldere lay-out en de wijze waarop de privacy wordt gewaarborgd (de vragenlijsten slingeren niet rond of zo).

### **3.3.3 Cliënt C**

#### Gang van zaken

Aan het begin van iedere zitting vult cliënt (vrouw) de ORS in (zelf), aan het eind van elke zitting de SRS (digitaal). Deze werkwijze is bij alle zittingen gevolgd. Via de ROM portal zijn ook de OQ en CORE34 verstuurd maar deze heeft cliënt nooit gezien (per mail niet aangekomen).

#### Ervaringen met het invullen

Het invullen van de vragenlijsten verliep prima. De manier van werken met de vragenlijsten is goed geïntroduceerd. Het was prima om de vragenlijsten in te vullen, helemaal niet belastend en niet moeilijk en de cliënt had hierbij geen hulp nodig.

De vragenlijsten geven goed het verloop weer en geven een leidraad voor het gesprek.

Voor jezelf is het prettig: je gaat goed nadenken over waar je tegenaan bent gelopen in de afgelopen periode, waarmee dat dit keer te maken had (relatie, privé, werk?). Het is een moment om stil te staan bij waar je nu staat en hoe het gaat.

Aan het eind van het gesprek denk je na over of je kwijt bent wat je zeggen wilde, of je inderdaad alles op tafel legde wat je bespreken wilde. Je kunt duidelijk aangeven wat niet aan de orde is gekomen en of de behandeling wel of niet een andere kant op ging dan je had gewild. Dit kun je aangeven en dan kan dit eventueel in het volgende gesprek worden meegenomen.

#### Ervaringen met de terugkoppeling

Het terugkoppelen van de resultaten verliep prima; dit was onderdeel van het gesprek.

Cliënt is niet verrast geweest over de scores, de resultaten op de vragenlijsten gaven een goed beeld.

Cliënt kan niet zeggen dat het invullen van de vragenlijsten hielp bij het verkrijgen van inzicht in het herstel; dit laatste kwam meer door de behandeling zelf. Met de vragenlijsten kijk je waar je staat, maar deze zijn verder geen hulp bij het herstel.

De vragenlijsten of het bespreken van de resultaten leidden volgens de cliënt niet tot meer inspraak in de manier waarop de behandeling werd uitgevoerd. Wel kunnen deze het startpunt bieden voor het gesprek. Bijvoorbeeld kan de hulpverlener vragen uit te leggen wat er aan de hand is n.a.v. de resultaten. Ook kunnen de vragenlijsten een leidraad bij het gesprek zijn. Daarnaast kun je bij het afsluiten van de behandeling afspreken waarop je de komende week gaat letten en de volgende keer kan dan gevraagd worden hoe dit is gegaan of kun je afspreken het er in het volgende gesprek over te gaan hebben.

Volgens de cliënt heeft het gebruik van de vragenlijsten geen directe invloed op de manier waarop cliënt en hulpverlener met elkaar omgaan; de vragenlijsten zijn alleen een extra hulpje, een instrument in de behandeling.

Er kan geen vergelijking worden gemaakt met ervaringen rondom eerdere behandeling.

### Verbeteringen

Geen verbeterpunten. De manier van werken met de vragenlijsten is goed bevallen voor de cliënt. Cliënt heeft niets negatiefs ervaren, weet niets dat anders zou moeten.

### **3.3.4 Cliënt D**

#### Gang van zaken

Tijdens het intake gesprek (begin oktober) kreeg cliënt uitleg van haar behandelaar over het waarom van de vragenlijst(en) en over hoe het in zijn werk gaat. Daarna kreeg cliënt een e-mail met daarin een link naar de vragenlijst(en).

Tijdens de volgende sessie (ongeveer een week na het invullen van de vragenlijst) met de behandelaar werd de uitkomst besproken, en werd aan de hand daarvan een behandelplan opgesteld.

Cliënt is op het moment van interviewen nog onder behandeling. Ongeveer twee weken geleden (vanaf de datum van het interview) heeft cliënt voor de tweede keer de vragenlijst(en) digitaal ingevuld. Het volgende contact met de behandelaar moet dan nog plaatsvinden.

#### Ervaringen met het invullen

Het invullen ging vrij vlot (duurde ongeveer 15 minuten); cliënt vond de vragen in het algemeen wel duidelijk en herkenbaar. Daarnaast is zij vanuit haar werk gewend om met vragenlijsten te werken.

Cliënt vond het niet prettig om in te vullen. Zij houdt niet van vragenlijsten die digitaal moeten worden ingevuld en heeft liever een persoonlijk gesprek met iemand. Cliënt geeft aan dat met het invullen van een digitale vragenlijst geen vertrouwensband met een behandelaar wordt opgebouwd, en dat is vooral bij psychische problemen erg belangrijk.

Sommige vragen waren voor cliënt onduidelijk, en voor meerdere uitleg vatbaar. Cliënt zou het prettiger vinden als de behandelaar aanwezig zou zijn tijdens het invullen van een vragenlijst, zodat in deze gevallen meteen om verduidelijking kan worden gevraagd.

Cliënt vond dat sommige vragen niet goed aansloten op haar (complexe) situatie/ hulpvraag, en kon niet altijd goed uit de voeten met de antwoordcategorieën ("je vult wat in, in de hoop dat de boodschap overkomt").

Cliënt vond het ook niet prettig dat sommige vragen erg direct, confronterend waren, en dat zij die alleen moest verwerken (zonder dat de behandelaar aanwezig was). Volgens cliënt bestaat het risico dat iemand die niet lekker in zijn/haar vel zit zulke vragen niet naar waarheid beantwoordt, of dat zulke vragen iemand juist op (gevaarlijke) gedachten brengen. Cliënt had het fijner gevonden als de behandelaar zelf zulke vragen had gesteld. De behandelaar weet de persoonlijke situatie van een cliënt en kan goed inschatten wanneer zulke vragen het beste kunnen worden gesteld.

#### Ervaringen met de (terugkoppeling van de) uitkomst

Cliënt was niet verrast door de uitkomst op de vragenlijst; zij kent zichzelf vrij goed en ook haar hulpvraag. In grote lijnen herkende cliënt zich in het beeld dat uit de vragenlijst naar voren kwam.

Cliënt vond het enige voordeel van de vragenlijst dat de behandelaar wist in welke richting hij ongeveer moest zoeken, het bood structuur. Tijdens de bespreking van de scores merkte cliënt wel dat de behandelaar het behandelplan toch enigszins moest wijzigen omdat de werkelijkheid complexer is. Cliënt kon tijdens het gesprek met de behandelaar toelichten waar haar problemen vandaan kwamen en welke factoren hierbij allemaal meespelen; zaken die cliënt niet kwijt kon in de vragenlijst ("je kunt je verhaal pas duidelijk maken als je met iemand in gesprek gaat"). Cliënt vond deze verdieping heel belangrijk en het gaf haar vertrouwen dat de behandelaar op basis hiervan tot een gericht behandelplan kwam.

#### Verbetertip

Dat een cliënt de vragenlijst invult in aanwezigheid van de behandelaar. Zo kan een cliënt direct om verduidelijking en toelichting vragen. Ook kan de behandelaar aan de lichaamstaal van een cliënt zien of hij/zij moeite heeft met het beantwoorden van vragen.

### **3.3.5 Cliënt E**

#### Gang van zaken

Tijdens het intake gesprek kreeg cliënt duidelijke uitleg van haar behandelaar over het waarom van de vragenlijst(en)<sup>40</sup> en over hoe het in zijn werk gaat. Vervolgens ontving zij een e-mail met daarin een link naar de vragenlijst(en).

#### Ervaringen met het invullen

Cliënt heeft de vragenlijst(en) in één keer ingevuld en was daar ongeveer 30 minuten mee bezig. De mogelijkheid bestond om tussentijds te stoppen met het invullen en op een later tijdstip verder te gaan op de plek waar men was gebleven. Hoewel cliënt niet van deze mogelijkheid gebruik heeft gemaakt, vond zij het prettig te weten dat deze optie bestond.

Het invullen was goed te doen voor cliënt, het waren niet geheel onbekende of moeilijke vragen. Zij heeft eerder een mindfulness cursus gevolgd en toen werden vergelijkbare vragen gesteld. De vragen waren duidelijk en kort; cliënt had geen behoefte aan nadere toelichting. Er zaten wel confronterende vragen tussen waarover cliënt intensief moest nadenken, maar zij vond deze vragen niet naar of raakte er niet door van streek.

#### Ervaringen met de (terugkoppeling van de) uitkomst

Er zaten ongeveer 14 dagen tussen het invullen van de vragenlijst(en) en het bespreken van de uitkomst met de behandelaar. Cliënt vond dit prima, zo kon ze het even laten rusten. Zij had geen behoefte om de uitkomst eerder te bespreken.

Cliënt vond het prettige aan de vragenlijst(en) dat het heel inzichtelijk maakte wat haar knelpunten waren, waar ze tegen aanliep, waar ze moeilijkheden mee had. Cliënt was niet verrast door de uitslag. Het was meer een bevestiging van iets wat zij eigenlijk wel wist.

De behandelaar had een uitdraai van de scores gemaakt en is deze samen met cliënt doorgelopen, met speciale aandacht voor hoge en lage scores. Het prettige hieraan vond

---

<sup>40</sup> Cliënt weet niet of het één of meerdere vragenlijsten betrof.

de cliënt dat het heel concreet wordt en dat snel van start gegaan kan worden met de behandeling. Cliënt geeft aan dat wanneer zij geen vragenlijst(en) zou hebben ingevuld, het langer geduurd zou hebben om uit te leggen waar zij mee worstelde.

Cliënt heeft geen behoefte om de vragenlijst(en) nog een keer in te vullen, ook niet na afloop van de behandeling. Zij geeft aan dat dit voor haar niet veel zou toevoegen. Bevestiging van hoe de behandeling verloopt, krijgt zij van haar behandelaar.

#### Verbetertips

Cliënt heeft alleen positieve ervaringen met de vragenlijst(en). Zij kan het echt aanraden.

### **3.3.6 Cliënt F**

#### Gang van zaken

Cliënt (vrouw) heeft in het kader van ROM de SCL (zelfinvulvragenlijst) ingevuld, na de intake en aan het eind van de behandeling. Dit deed zij thuis, zonder hulp daarbij. De eerste meting als papieren vragenlijst, de tweede meting via de computer.

De behandelaar introduceerde de vragenlijst als hulpmiddel om aan te geven in hoeverre bepaalde dingen aan de orde zijn, om een diagnose te kunnen stellen. Deze introductie was duidelijk. N.a.v. het invullen zijn bepaalde dingen afgesproken. Het was niet belastend om de vragenlijsten in te vullen.

#### Ervaringen met het invullen

De eerste keer wist zij niet zo goed wat de bedoeling was van het invullen van de vragenlijst. Een lastigheid bij het invullen was hoe je een vraag moet interpreteren als je beperkte antwoordkeuzes hebt. Hoe raak je je antwoord kwijt in de invulmogelijkheden (antwoordcategorieën)? De tweede keer ging dit gemakkelijker. Aan het begin van de behandeling weet je niet waartoe het invullen van de vragenlijst leidt. De tweede keer wel en dat geeft een ander gevoel tijdens het invullen. De tweede keer invullen was prettiger. De introductie was verder goed, het heeft meer te maken met je state-of-mind aan het begin van de behandeling.

Verder ging het allemaal prima rondom het werken met de vragenlijsten. Er zijn geen technische problemen opgetreden.

#### Ervaringen met de terugkoppeling

De behandelaar liet aan het einde van de behandeling een overzicht zien met kleuren en cijfers. Zij legde het verschil uit tussen de metingen aan het begin en aan het eind van de behandeling. Aan het eind van de behandeling zijn veel dingen veranderd en dit was goed te zien in de resultaten. Deze terugkoppeling vond plaats in een evaluatiegesprek, één gesprek dat hieraan volledig was gewijd.

Cliënt is niet verrast geweest door de scores. Er is veel voorafgegaan aan het moment van invullen van de eerste vragenlijst. Er heeft een hele periode gelegen tussen het moment van invullen van de eerste vragenlijst en de eindmeting. Dit geeft een heel ander plaatje. Het is een prettige manier om de verbetering zichtbaar te zien, het bewijs van verbetering, iets tastbaars.

Volgens de cliënt gaven de resultaten op de vragenlijsten blijkbaar een goed beeld van de situatie van de cliënt. Dit beeld is zonder vragenlijst toch minder waarneembaar en je weet niet waar je heen moet, wat je moet doen. Hoe dit beeld te moeten noemen, is niet makkelijk ook al weet je dat iets niet in orde is. De behandelaar kon duidelijk zien wat de

situatie deed met haar en kon hier hulp op inzetten, een behandelplan hierop inzetten. De vragenlijst hielp in die zin bij het inzetten van de juiste hulp. Cliënt is niet anders tegen de klachten aan gaan kijken door de vragenlijsten en ook hielpen deze niet bij het krijgen van inzicht in het herstel; dit kwam niet door de vragenlijsten zelf maar door de behandeling. De vragenlijsten hebben niet direct geholpen bij het verkrijgen van inspraak; inspraak was er steeds wel. Dit lag niet per se aan het invullen van de vragenlijsten maar meer aan de behandeling of de behandelaar, een prettig iemand waarmee de behandeling goed verliep. Cliënt weet niet of je kunt zeggen of het gebruik van de vragenlijsten invloed heeft gehad op de manier waarop zij en de behandelaar met elkaar zijn omgegaan. De vragenlijsten gaven de behandelaar inzicht waarschijnlijk, in een bepaalde staat van haar ziektebeeld. Indirect zullen de vragenlijsten wel van betekenis zijn geweest hierin. Er kan geen vergelijking worden gemaakt met ervaringen rondom eerdere behandeling.

#### Verbeteringen

Cliënt heeft als verbeteringsuggestie nog eens goed te kijken naar de leesbaarheid van de vragenlijst, met name met betrekking tot de antwoordmogelijkheden (antwoordcategorieën). Je hoeft als invuller niet altijd te weten wat beoogd wordt met de vragen, maar wel hoe je hierop moet antwoorden. Met het oog op de leesbaarheid is het van belang de vragenlijsten die je gebruikt goed uit te proberen en door verschillende mensen te laten invullen.

### **3.3.7 Cliënt G**

#### Achtergrondinformatie

Cliënt is op het moment van interviewen ruim een jaar in therapie.

#### Gang van zaken aan het begin van een sessie

Tijdens iedere sessie begint cliënt met het beantwoorden van vier vragen over hoe zij de afgelopen week heeft gefunctioneerd op vier domeinen: Individueel (persoonlijk welbevinden), Relatieel (familie, intieme vrienden), Sociaal (werk, opleiding, sociale contacten) en Algeheel (algemeen welbevinden).<sup>41</sup> Beantwoording gebeurt via een laptop en door het aangeven van een score op een schaal.

De behandelaar kan zo zien hoe het gaat ten opzichte van voorgaande weken, of hoe de ontwikkeling in het functioneren is op de langere termijn. Daardoor heeft hij zicht of de therapie voldoende aanslaat.

De scores op de vragen worden alleen kort besproken ("hoe gaat het en wat is daar de reden van"). Meestal geeft de behandelaar aan hoe ze zich verhouden tot de scores van de vorige sessie. Bespreking van de ontwikkeling van de scores over een langere periode ("de grote lijn") is één keer gebeurt (nadat cliënt een jaar in therapie was). Dit gebeurt aan de hand van een grafische weergave van de trends in de scores.

---

<sup>41</sup> Outcome Rating Scale (ORS)

Cliënt vindt de vier vragen zinvol omdat het haar confronteert met hoe zij zich de afgelopen week heeft gevoeld ("ik moet even stil staan bij hoe het is geweest"). Daarnaast specificeert het een beetje waardoor zij zich voelt zoals zij zich voelt.

Wat betreft de vraag over relationeel functioneren – die gaat over zowel familie als intieme vrienden – is het wel zo dat cliënt standaard laag scoort, omdat haar relatie met de familie ingewikkeld is, terwijl zij een goede vriendenkring heeft. In die zin geeft de score geen goed beeld van de werkelijkheid, wat haar behandelaar ook weet.

Cliënt is niet echt verrast door de scores. Het gaat over haarzelf, en ze weet heel goed waardoor en wanneer het minder goed of juist beter gaat. Bij de bespreking van de ontwikkeling van de scores over de langere termijn, was cliënt wel verrast door een hoge score in mei, waarvan zij zich de reden niet goed kon herinneren. Maar dit is een uitzondering, in het algemeen kan cliënt goed terughalen waarom zij in een bepaalde periode een bepaalde score had.

#### Gang van zaken aan het einde van een sessie

Ter afsluiting van elke sessie beantwoordt cliënt vier vragen die vooral gaan over het functioneren van de behandelaar ("is hij tegemoet gekomen aan mijn wensen en slaat zijn manier van werken aan").<sup>42</sup> De beantwoording van deze vragen gebeurt ook via de laptop en het geven van een score op schalen. Cliënt geeft bijna altijd een uiterst goede beoordeling. Er is dus geen reden om daar dan verder op door te gaan. Cliënt zou zich niet belemmert voelen om laag te scoren, mocht daar aanleiding toe zijn, en de lage(re) score vervolgens te bespreken met de behandelaar.

#### Aanvullende uitgebreide vragenlijst

Aan het begin van de behandeling heeft cliënt ook een uitgebreidere vragenlijst ingevuld, die vooral het soort klachten inventariseert waar men mee te kampen heeft.<sup>43</sup> Cliënt vond het bij de eerste keer invullen een behoorlijk confronterende vragenlijst, omdat er vrij specifiek gevraagd wordt naar klachten (bv. suïcidaliteit, agressieve gevoelens). De scores op de (vier dimensies van de) vragenlijst werden besproken met de behandelaar. De vragenlijst maakte de klachten nog duidelijker dan ze al waren, ook voor haarzelf. Bij de tweede keer invullen (na een jaar) was de vragenlijst minder confronterend, wat ook kwam doordat cliënt een stuk was opgeknapt. Wel gaf het inzicht waar het nog beter zou kunnen, oftewel aanknopingspunten voor het vervolg van de behandeling. Cliënt vindt het niet zo zinvol om deze vragenlijst vaker in te vullen, omdat het je er bewust van kan maken dat het herstel soms langzaam gaat.

#### Voordeel van het gebruik van vragenlijsten

Cliënt heeft eerder therapie gehad waarbij geen vragenlijsten werden afgenomen. Vergelijken hiermee ziet cliënt als voordeel van het gebruik van vragenlijsten dat het de behandeling transparant maakt. Hiermee bedoeld cliënt dat zij duidelijk zicht heeft op wat het probleem is, wat er mee gedaan wordt en waar naar toegewerkt wordt. Daarnaast zorgt het beantwoorden van de vragen bij elke sessie dat er telkens een nieuw begin is

---

<sup>42</sup> Session Rating Scale (SRS)

<sup>43</sup> Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE-34)

(“waar sta je nu?”, “hoe komt dat?”, “wat wil je vandaag?”), in plaats van dat het een ‘overgaan’ is van gesprek naar gesprek naar gesprek.

### 3.3.8 Cliënt H

#### Gang van zaken aan het begin van een sessie

Tijdens iedere sessie begint cliënt met het beantwoorden van vier vragen over hoe zij de afgelopen week heeft gefunctioneerd op vier domeinen: Individueel (persoonlijk welbevinden), Relationeel (familie, intieme vrienden), Sociaal (werk, opleiding, sociale contacten) en Algeheel (algemeen welbevinden).<sup>44</sup> Beantwoording gebeurt via een laptop en door het aangeven van een score op een schaal.

Cliënt vindt het niet altijd makkelijk om de vragen te scoren. Ze twijfelt dan tussen van het moment uitgaan, heel lang nadenken of zomaar wat invullen. De moeilijkheid zit erin dat je een soort van cijfer moet geven over hoe het in je leven gaat. Voor cliënt is dit eigenlijk meer iets wat kwalitatief moeten worden beoordeeld dan kwantitatief.

Verder vindt cliënt de vragen te algemeen, geven niet heel veel informatie. Haar probleem is specifiekere dan de vier algemene thema’s waarnaar wordt gevraagd.

Als voordeel van de vragen noemt cliënt dat het aanleiding geeft om in gesprek te gaan met de behandelaar: op welke vlakken gaat het beter, op welke vlakken minder? Het begin van het gesprek vindt cliënt altijd wat ongemakkelijk. In die zin zijn de vragen behulpzaam.

Af en toe maakt de behandelaar een vergelijking met de scores op de vragen tijdens de vorige sessie. De ontwikkeling in de scores over een langere periode is (nog) niet besproken met cliënt; ook heeft zij hier (nog) geen grafische weergave van gezien.

#### Gang van zaken aan het einde van een sessie

Ter afsluiting van elke sessie beantwoordt cliënt vier vragen die vooral gaan over het functioneren van de behandelaar.<sup>45</sup> De beantwoording van deze vragen gebeurt ook via de laptop en het geven van een score op schalen.

Cliënt vindt dat deze vragen soms een beetje snel komen: je moet meteen reflecteren op hoe je het gesprek hebt ervaren. Dat maakt het voor cliënt lastig om goed te bepalen wat ze er van vond. Daarbij komt dat de sessie eigenlijk over is, en dat er niet voldoende tijd is om er goed over door te praten. Cliënt zou het fijn vinden om er af en toe wat langer bij stil te staan.

Vaak zegt de behandelaar nog wel iets over wat hij terugziet in de scores. Ook vraagt hij wel eens naar de reden waarom cliënt een wat mindere score heeft gegeven.

---

<sup>44</sup> Outcome Rating Scale (ORS)

<sup>45</sup> Session Rating Scale (SRS)

Wat cliënt prettig vindt is dat met de vragen de mogelijkheid wordt geboden om aan te geven hoe het gesprek is verlopen (“het geeft een bepaalde openheid”). Tegelijkertijd vindt cliënt het ook wel spannend om een lage(re) score te geven op een aspect waar ze minder tevreden over is.

#### Aanvullende uitgebreide vragenlijst

Cliënt heeft één keer een lange vragenlijst ingevuld aan het begin van de behandeling.<sup>46</sup> Dat is al weer een tijdje geleden, maar ze vond het prima om deze in te vullen. Cliënt heeft niets terug gehoord over de uitkomsten.

#### Voordeel van het gebruik van vragenlijsten

Cliënt heeft eerder therapie gehad waarbij geen vragenlijsten werden afgenomen. Vergelijken hiermee vindt cliënt dat het gebruik van vragenlijsten meerwaarde: het biedt structuur en het idee dat er ook objectief wordt gemeten. De structuur die de vragenlijsten bieden is ook logisch: je begint met vragen over hoe het gaat en je eindigt met vragen over hoe het gesprek is verlopen.

#### Andere opmerkingen

- Behandelaar heeft uitgelegd dat de vragenlijsten bedoeld zijn om te monitoren hoe het gaat en ook dat de zorgverzekeraar hierom vraagt.
- Cliënt is niet anders tegen haar klachten aan gaan kijken door het invullen van de vragenlijsten.

#### Verbetertips

- Dat er een keer een samenvattingsoverzicht wordt gegeven van de scores over een langere periode.
- Af en toe wat meer tijd aan het einde van de sessie om de scores op de vragen over het functioneren van de behandelaar uitgebreider te kunnen bespreken.
- Af en toe aan het begin van een sessie een aanvullende vragenlijst die specifiek is dan de vier algemene vragen naar functioneren.
- De behandelaar kan soms wat meer doorvragen naar het waarom van een score.

### **3.3.9 Cliënt(vertegenwoordiger) I**

#### Gang van zaken

Geïnterviewde is de vader (gescheiden) van een jongen van 9 jaar die in behandeling is. Soms zijn beide ouders bij het behandelgesprek aanwezig. De ouders hebben samen ook aparte gesprekken met de behandelaar.

Aan het begin van iedere zitting vullen alle deelnemers aan het gesprek de ORS in (zelf) en aan het eind van elke zitting de SRS, op een elektronische tablet. Deze werkwijze is bij alle zittingen gevolgd. Bij aanvang van de behandeling is door de ouders ook eenmaal een uitgebreide, papieren vragenlijst ingevuld. Hierover is geen directe terugkoppeling geweest.

---

<sup>46</sup> Waarschijnlijk: Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE-34)



### Ervaringen met het invullen

Geïnterviewde is tevreden over de werkwijze. Deze is heel beknopt met enkele korte vragen en geeft op eenvoudige wijze veel duidelijkheid. Het invullen van de vragenlijsten is niet belastend. Het neemt maar een paar minuten tijd in beslag, al moet je wel goed nadenken over wat je invult.

Je bent continue interactief bezig. Je bent constant op de hoogte van de ontwikkeling. Wat ouders en kind er van vinden komt goed overeen met wat de behandelaar er van vindt en je hebt steeds het gesprek hierover. Het is wel nodig dat je eerlijk antwoord geeft en dit gaat goed, dat doen zij ook.

Je kunt constant aangeven wat je vindt van de behandelwijze en ook constant bijsturen. Je kunt steeds aangeven wat je nog meer nodig vindt in de behandeling, waaraan bijvoorbeeld meer aandacht zou kunnen worden gegeven en waarop dan in een volgend gesprek kan worden ingegaan.

### Ervaringen met de terugkoppeling

Geïnterviewde is er tevreden over dat je een continue monitor hebt van hoe het gaat. Meteen na het invullen worden de uitkomsten zichtbaar en besproken; deze manier van werken past bij deze tijd. Gelukkig zie je dan een stijgende lijn ten opzichte van vorige sessies.

Beide ouders vullen de vragenlijsten los van elkaar in. Je kunt eventuele verschillen en overeenkomsten onderling meteen zien en bespreken ('Jij vindt dit ook?').

Meestal is geïnterviewde niet verrast door de scores. Eénmaal gaf de zoon de maximum score van 10 aan, zo goed vond hij het zelf gaan, terwijl geïnterviewde niet zó positief was en de behandeling nog is voortgezet. Volgens geïnterviewde zijn de klachten met name bij hem thuis aanwezig, als persoon heeft hij er meer last van. Hierover zijn verschillende invullingen mogelijk. Het is goed dit van elkaar te weten.

Gedurende het behandelproces heb je inzicht in waar je staat, waar je kind staat, en dat vindt geïnterviewde prettig. Je kunt constant aangeven welke kant je wilt dat het opgaat. De werkwijze is kort en snel, met voldoende lading om de belangrijke zaken af te dekken. Je voelt je als ouder betrokken bij de behandeling, je bent niet overgeleverd.

De resultaten gaven een goed beeld van de situatie. Geïnterviewde, de ex-partner en de behandelaar hebben elk een beeld van de situatie en deze verschillende lijnen komen samen. Vanuit meerdere brillen of invalshoeken wordt er gekeken en het beeld komt goed overeen. De stijgende lijn komt bij iedereen terug.

De vragenlijsten helpen bij het verkrijgen van inzicht in het herstel, ook bij de vraag of zij al kunnen stoppen met de behandeling. Door de gesprekken is geïnterviewde anders tegen de klachten gaan aankijken, maar geïnterviewde weet niet of je kunt zeggen dat dit door het gebruik van de vragenlijsten komt.

Geïnterviewde heeft steeds het gevoel gehad voldoende inspraak gehad te hebben in de behandeling. Na afloop kun je steeds aangeven wat je hebt gemist in het gesprek of de behandeling tot dusver.

Geïnterviewde denkt niet dat je anders met de behandelaar omgaat door het gebruik van de vragenlijsten. De behandelaar is altijd open en eerlijk. De vragenlijsten zijn puur ter

ondersteuning. Je hebt wel constant een beeld van hoe het gaat en je kunt hierdoor wel gemakkelijker meepraten.

Er kan geen vergelijking worden gemaakt met ervaringen rondom eerdere behandeling.

#### Verbeteringen

Uitsluitend met de uitgebreide, papieren vragenlijst werken is te statisch, geeft te weinig terugkoppeling. Misschien volgt er nog een bespreking in het eindgesprek.

Wellicht kunnen de vragenlijsten aan het begin/eind van elke sessie ietsje uitgebreider, met wellicht ook de open vraag naar wat je de volgende keer wilt betrekken in de behandeling.

### **3.3.10 Cliënt(vertegenwoordiger) J**

#### Gang van zaken

Geïnterviewde is de moeder (gescheiden) van een jongen van 9 jaar die in behandeling is. Soms zijn beide ouders bij het behandelgesprek aanwezig. De ouders hebben samen ook aparte gesprekken met de behandelaar.

Aan het begin van iedere zitting vullen alle deelnemers aan het gesprek de ORS in en aan het eind van elke zitting de SRS, op een elektronische tablet. Ieder doet dit zelf. Deze werkwijze (FIT) is bij alle zittingen gevolgd.

Bij aanvang van de behandeling is door de ouders ook eenmaal een uitgebreide, papieren vragenlijst ingevuld over de klachten die zij zagen. Hierover is geen directe terugkoppeling geweest. Hierna volgde het intake gesprek.

#### Ervaringen met het invullen

In een balkje van 1-10 met aan de ene kant een heel droevig, aan de andere kant een heel vrolijk gezicht, zet je in 1 minuut het poppetje op de juiste plek. Dit doe je aan het begin van elk gesprek. Zo volg je een patroon, een vast ritueelje. Dit geeft de hulpvraag aan en is heel verhelderend. Aan het eind van het gesprek geef je aan hoe je het gesprek zelf hebt ervaren.

De behandelaar vertelde hoe haar werkwijze anders is dan gebruikelijk (waarbij je een vragenlijst invult aan het begin, tussentijds en aan het eind van de behandeling om de voortgang te meten hetgeen een algemeen beeld geeft), met bij elk behandelgesprek een moment van invullen. Ook gaf de behandelaar aan dat zij een voorvechtster is van dit systeem (FIT).

Geïnterviewde noemt dit een heel prettige manier van werken. Als je de werkwijze eenmaal doorhebt kun je de vragenlijstjes gauw invullen, je weet dit van tevoren en bent er snel mee klaar. Het fijne is dat je meteen ziet wat voor effect de behandeling heeft. Als je bijvoorbeeld afvraagt of de voortgang in het geding is zie je dit ook terug in de scores. Je kunt dan tijdig bijsturen op wat je aan het doen bent met elkaar. Ook als de hulpverlener je goed begrijpt is het makkelijk: je hoeft elkaar niet rechtstreeks aan te spreken. De hulpverlener ziet toch dat er iets aan de hand is. Dit is een manier om het bespreekbaar te maken, die voor zowel hulpverlener als cliënt prettig is.

Ook voor jonge kinderen zijn de vragenlijsten simpel om zelf in te vullen. De bedoeling is helder, je hoeft niets te lezen, alleen het poppetje op de goede plek te zetten. Het geeft ook voor de behandelaar weer hoe het kind de behandeling ervaart, want er zijn meerdere perspectieven.

Het invullen van de vragenlijsten is voor geen van de gespreksdeelnemers belastend.

#### Ervaringen met de terugkoppeling

De terugkoppeling verloopt heel prettig. Beide ouders hebben een eigen kijk op de situatie en dit komt dan naar voren in de verschillende scores en wordt besproken. Soms spelen dingen alleen bij de vader of alleen bij de moeder en besproken wordt dan hoe zij hiermee kunnen omgaan; dit gebeurt direct of in een volgend gesprek. De vragenlijst bij de intake was een leidraad voor het aangeven van waar de hulpvraag ligt; de scores hierop zijn niet direct teruggekoppeld.

Meestal, negen van de tien keer, zijn de scores een bevestiging van het gevoel dat geïnterviewde heeft. Als je weinig vooruitgang ervaart krijg je een vlakke lijn. Soms lijkt het iets beter te gaan maar dan zie je dit niet terug in de score. Het kan misschien zijn dat als de situatie normaliseert je het lijntje maar een beetje ziet stijgen ten opzichte van het totaal; de lijn stijgt soms minder hard nu de behandeling vordert. Het is heel prettig om gelijk te kunnen zien wat is ingevuld en om de voortgang te kunnen volgen.

De vragenlijsten (FIT) geven een goed beeld van de situatie. De vragen zijn heel algemeen, je kunt er alle kanten mee op, als iets niet goed loopt kun je dit meteen signaleren. Het gaat niet om de details maar meer om de voortgang te bewaken en meteen bespreekbaar te maken.

De vragenlijsten hielpen bij het verkrijgen van inzicht in de klachten en het herstel doordat je idee dat het beter lijkt te gaan, of weer minder gaat, wordt bevestigd. Dit geeft een houvast. Je verzandt ook niet in details maar vraagt je af of de juiste aanpak wordt gevolgd. Dit is voor jezelf ook verhelderend.

Geïnterviewde heeft het gevoel dat zij door het gebruik van de vragenlijsten meer inspraak heeft in de behandelwijze. Zeker als vertegenwoordiger van je kind vindt zij dit heel belangrijk. Je bent als ouders niet bij alle gesprekken aanwezig, er zijn voornamelijk gesprekken met alleen kind en behandelaar. Op deze manier wordt je gehoord, je bent betrokken terwijl je niet bij alle sessies aanwezig bent. Je doet het samen.

Het gebruik van vragenlijsten heeft invloed gehad op de manier van omgaan met de behandelaar. Je bent door deze manier van werken heel open naar elkaar; je moet ook wel. Als je het gesprek niet fijn vond ziet de behandelaar dit en heb je een leidraad voor het gesprek, geef je aan wat je anders zou willen zien. Je wordt gehoord, staat niet aan de zijlijn. Er is een samenwerking en je bent betrokken bij je kind. Dit zorgt voor een nauwer contact. Er is reden om te kijken of er een goede verstandhouding is en anders komt dit naar boven. Ook tussen de ouders onderling is dit prettig. Al is het contact onderling goed, het scheelt wel, je bent nu meer samen betrokken, je wordt meer gedwongen om samen te werken, je hoort meer van de ander terug. Je zit dan toch op één lijn. Zeker bij een scheiding is dat alleen maar goed.

In vergelijking met andere vragenlijsten die werden gebruikt bij eerdere behandelingen (lange vragenlijsten aan het begin en eind van de behandeling) is dit veel prettiger en effectiever. Je ziet meteen het effect van het gesprek en kunt bijsturen. Bij eerdere behandeling waarbij gebruik werd gemaakt van vragenlijsten reageerde geïnterviewde meer pas achteraf. Dan wordt er minder mee gedaan of je hoort niet terug wat ermee wordt gedaan en er vond geen terugkoppeling meer plaats; je hoort er niets meer op terug. Soms vul je pas veel later een vragenlijst in, als het werk al gedaan is. Dit is dan heel vrijblijvend voor zowel de cliënt als de behandelaar. Je vraagt je dan af of wat je invult wel serieus wordt genomen, of dit gewoon in het dossier erbij wordt gestopt. Deze manier (FIT) is veel doelgerichter doordat je sneller bijstuurt. Nu word je gehoord, je zit er zelf bovenop. Dit zal zeker tijdswinst opleveren schat geïnterviewde in. Soms is het lastig als cliënt om zelf dingen aan te kaarten en deze manier (FIT) werkt goed. De behandelaar heeft iets in handen, de behandelaar vraagt om openheid; hierbij heeft iedereen baat. Je voelt je beter geholpen. Misschien voorkom je hiermee ook dat cliënten na behandeling terug blijven komen. Geïnterviewde zou het toejuichen als dit vaker op deze manier gedaan wordt in de behandeling.

#### Verbeteringen

Geïnterviewde is erg tevreden over de werkwijze, zeker ook in vergelijking tot eerdere ervaringen in de behandeling voor haarzelf. Deze of een vergelijkbare werkwijze zou iets moeten zijn wat er altijd bijhoort in de behandeling, volgens geïnterviewde.

## Bijlage A1 De implementatieniveaus van Grol & Wensing

Om kenmerken van geslaagde implementatie van ROM t.b.v. het primaire proces en beïnvloedende factoren daarbij te ordenen is gebruik gemaakt van de vijf niveaus die onderscheiden kunnen worden bij de implementatie van een nieuwe werkwijze (Grol & Wensing, 2011):

- a) Elementen op het niveau van het ROM-systeem.  
*Welke elementen moet het ROM-systeem omvatten om redelijkerwijs te verwachten dat ROM daadwerkelijk ondersteuning biedt aan cliënten en hulpverleners in het primaire proces (het individuele behandel- of begeleidingstraject)?*
- b) Elementen op het niveau van de zorgverlener, de patiënt, de manager of anderen die het ROM-systeem gebruiken.  
*Welke kenmerken of activiteiten van zorgverleners of anderen zijn noodzakelijk om redelijkerwijs te verwachten dat ROM daadwerkelijk ondersteuning biedt aan cliënten en hulpverleners in het primaire proces (het individuele behandel- of begeleidingstraject)?*
- c) Elementen op het niveau van de sociale omgeving (teams en netwerken van zorgverleners)  
*Welke kenmerken of activiteiten van teams en netwerken van zorgverleners zijn noodzakelijk om redelijkerwijs te verwachten dat ROM daadwerkelijk ondersteuning biedt aan cliënten en hulpverleners in het primaire proces (het individuele behandel- of begeleidingstraject)?*
- d) Elementen op het niveau van de organisatie  
*Welke organisatorische kenmerken of activiteiten van een zorgaanbieder van GGZ zijn noodzakelijk om redelijkerwijs te verwachten dat ROM daadwerkelijk ondersteuning biedt aan cliënten en hulpverleners in het primaire proces (het individuele behandel- of begeleidingstraject)?*
- e) Elementen op het niveau van de maatschappij  
*Welke factoren die te maken hebben met het zorgsysteem en maatschappelijke of politieke ontwikkelingen, zijn noodzakelijk om redelijkerwijs te verwachten dat ROM daadwerkelijk ondersteuning biedt aan cliënten en hulpverleners in het primaire proces (het individuele behandel- of begeleidingstraject)?*



## Bijlage A2 De lijst omschrijvingen van kenmerken met (in rood) de aanvullingen van de begeleidingscommissie

1. Elke behandelaar bespreekt de ROM-uitkomsten met de cliënt ten behoeve van het evalueren en eventueel bijstellen van de behandeling.
2. De cliënt heeft toegang tot/ontvangt zijn/haar ROM-uitkomsten **op een laagdrempelige wijze (bv. via cliëntportalen)**.
3. Er worden bijeenkomsten voor behandelaars georganiseerd waarin ROM-uitkomsten (bv. lunchreferaten, studiemiddagen, intervisiebijeenkomsten) worden teruggekoppeld ter verbetering van het primaire proces.
4. De cliëntenraad heeft inzicht in de ROM-uitkomsten binnen de zorgorganisatie.
5. De behandelaar erkent het belang en het nut van ROM voor het primaire proces (als aanvulling op eigen klinisch oordeel).
6. De behandelaar koppelt de ROM-uitkomsten terug aan de cliënt gedurende de behandeling.
7. ROM ten behoeve van het primaire proces staat los van benchmarking.
8. Gebruik van meetinstrumenten die geschikt zijn voor het meten van verandering bij specifieke cliëntgroepen **(geschikt om de juiste domeinen van herstel te meten)**.
9. Behandelaars zijn betrokken bij de opzet en implementatie van het ROM-systeem.
10. Het ROM-systeem omvat ook informatie over het behandelproces en therapeutische relatie.
11. Het ROM-systeem is zo ingericht dat de behandelaar gemotiveerd wordt om het te gebruiken in het primaire proces.
12. Meetfrequentie van ROM ten behoeve van het primaire proces is niet gekoppeld aan DBC-registratie, **maar aan belangrijke evaluatie-/beslismomenten in het behandel- en begeleidingsproces**.
13. Het ROM-systeem omvat **ook** aandoeningsspecifieke meetinstrumenten
14. Behandelaars worden getraind in het gebruik en de interpretatie van de ROM-feedback. **Daarbij is ook aandacht voor hoe om te gaan met ROM-uitkomsten die erop wijzen dat een cliënt niet vooruitgaat.**
15. Het ROM-systeem is geïntegreerd in het elektronisch patiëntdossier, **zodat ROM-gegevens direct beschikbaar zijn in het elektronisch patiëntdossier**.
16. Het management stelt voldoende middelen beschikbaar voor het opzetten en onderhouden van het ROM-systeem ten behoeve van het primaire proces **(zowel qua doorontwikkeling van de software als inhoudelijk vragenlijstbeheer)**.
17. Cliënten worden vooraf geïnformeerd over het doel en nut van ROM voor het primaire proces.
18. Er wordt blijvend aandacht **besteed** aan het op peil houden van de kennis en kunde van al getrainde behandelaars en andere gebruikers.
19. Het ROM-systeem omvat ook instrumenten die het oordeel van de behandelaar meten.
20. Verzekeraars zijn betrokken bij ROM ten behoeve van het primaire proces.
21. Het afnemen van de meetinstrumenten wordt ondersteund door een daartoe opgeleide verpleegkundige, ervaringsdeskundige of testassistent.
22. Het ROM-systeem omvat ook meetinstrumenten gericht op cliëntperspectief/**tevredenheid**.
23. De behandelaar heeft voldoende kennis om de ROM-uitkomsten te kunnen interpreteren.
24. Het ROM-systeem is zo ingericht dat de behandelaar en cliënt zo min mogelijk belast worden.
25. Het behandelteam erkent het belang en het nut van ROM voor het primaire proces (als aanvulling op eigen klinisch oordeel).
26. Behandelaars leren van elkaar/ coachen elkaar wat betreft het omgaan met de ROM-uitkomsten in het primaire proces.

27. Er is administratieve ondersteuning bij het **plannen/uitvoeren** van metingen.
28. ROM-feedback geeft informatie over het beloop van de behandeling gerelateerd aan een normscore/ criterium. **De normscores worden geactualiseerd met de verzamelde ROM-gegevens.**
29. Behandelaars en andere gebruikers worden getraind in het gebruik van het ROM-systeem (o.a. software, meetinstrumenten, meetmomenten).
30. Het meetinstrumentarium is gebruiksvriendelijk in termen van belasting voor behandelaars en cliënten.
31. De cliënt wordt betrokken bij de keuze van af te nemen meetinstrumenten.
32. ROM-uitkomsten worden door de behandelaar **én cliënt** gebruikt om tussentijds de behandeling aan te passen.
33. Cliënten zijn tevreden over het gebruik van ROM voor het regelmatig evalueren van hun behandeling en de bijstelling daarvan.
34. De softwareapplicatie sluit aan bij het primaire proces.
35. Behandelaars zijn gefaciliteerd om ROM in te passen in hun andere werkzaamheden.
36. Het gebruik maken van ROM-feedback in het primaire proces vormt een belangrijke pijler van het beleid in de organisatie.
37. Behandelaar en cliënt bepalen gezamenlijk hoe verder te gaan op basis van de ROM-uitkomsten.
38. Goede afspraken en samenwerking tussen management en behandelaars rondom gebruik en toepassing ROM in het primaire proces.
39. Er bestaat een protocol voor de wijze van feedback geven aan de cliënt.
40. Het ROM-systeem is gebruiksvriendelijk.
41. Management stelt voldoende middelen beschikbaar voor het verrichten van ROM-metingen ten behoeve van het primaire proces.
42. ROM (het meten en het geven van feedback) is gekoppeld aan belangrijke evaluatie-/beslismomenten in het behandel- en begeleidingsproces (bv. behandelplan, behandeloverleg, eindgesprek).
43. Voortijdig afhakende cliënten worden benaderd voor een vervolgmeting. **Er bestaat een 'no-show' beleid voor ROM (cliënten die de vragenlijsten niet invullen worden 'opgevolgd').**
44. De behandelaar koppelt de ROM-uitkomsten terug aan de cliënt gedurende de behandeling.
45. Cliënten hebben keuzevrijheid in de wijze waarop de metingen worden uitgevoerd.
46. Het management stelt voldoende middelen beschikbaar voor de training en scholing van gebruikers van het ROM-systeem ten behoeve van het primaire proces.
47. De behandelaar is tevreden over het toepassen en de hanteerbaarheid van het ROM-systeem.
48. De gebruikte meetinstrumenten zijn valide, betrouwbaar en gevoelig voor verandering.
49. ROM-uitkomsten worden gebruikt in intercollegiaal overleg.
50. Het ROM-systeem sluit aan bij het reguliere werken op teamniveau.
51. Er wordt gebruik gemaakt van rechtevrije meetinstrumenten.
52. De cliëntenraad is betrokken bij de implementatie van ROM ten behoeve van het primaire proces.
53. Het management vindt het belangrijk dat ROM-feedback gebruikt wordt bij evaluaties van behandelingen.
54. Het ROM-systeem sluit aan bij de specifieke organisatorische context van de setting waarin het wordt gebruikt.
55. De cliënt krijgt begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling van ROM-uitkomsten.
56. Er is regelmatig overleg tussen het management en de werkvloer over het gebruik van ROM ten behoeve van het primaire proces.
57. De cliënt wordt zo min mogelijk belast door het aantal en de frequentie van de metingen. **Er wordt gemeten op, ook voor de cliënt, logische momenten in de behandeling.**
58. De gebruikte meetinstrumenten zijn bruikbaar bij het opstellen en evalueren van individuele behandelplannen.



59. Kleinschalige, gefaseerde en projectmatige invoering van ROM ten behoeve van het primaire proces.
60. De terugkoppeling van de ROM-uitkomsten is toegespitst op specifieke cliëntgroepen.
61. ROM-uitkomsten sluiten aan bij de denk- en handelingspatronen van behandelaars.
62. Het belang dat het management hecht aan ROM-feedback in het primaire proces. komt tot uitdrukking in sollicitatieprocedures, functionerings- en competentiegesprekken.
63. Gebruikers hebben een actieve rol en verantwoordelijkheid bij de implementatie en onderhoud van het ROM-systeem door middel van deelname aan projectgroepen/ implementatieteams.
64. Er bestaat goede samenwerking tussen cliënt, behandelaar en administratie met betrekking tot het gebruik van het ROM-systeem ten behoeve van het primaire proces.
65. De behandelaar houdt bij de interpretatie van de ROM-uitkomsten rekening met de sociale context van de cliënt.
66. De cliëntenraad heeft de mogelijkheid om in gesprek te gaan over de ROM-uitkomsten.
67. ROM-uitkomsten worden door de behandelaar gebruikt om het beloop van de behandeling te evalueren.
68. ROM-uitkomsten worden gebruikt in teamoverleg over voortgang, plannen, bijstelling en/of beëindiging behandeling (trajectplanbespreking).
69. Gebruikers zijn getraind in het omgaan met het ROM-systeem.
70. De kwaliteit en het gebruik van het ROM-systeem ten behoeve van het primaire proces wordt gemonitord en zo nodig bijgesteld.
71. Het perspectief van de cliënt is verwerkt in de ROM-feedback.
72. Het ROM-systeem kan makkelijk worden aangepast **of uitgebreid uitgaande van de wensen en behoeften van behandelaars** (bv. het toevoegen van nieuwe meetinstrumenten).
73. De organisatie biedt individuele hulp aan hulpverleners bij problemen met het gebruik van ROM.
74. Er bestaat een handboek/protocol van wie wat wanneer waar meet (meetprocedure).
75. Behandelaars krijgen aanwijzingen wat er precies misloopt bij gebrek aan vooruitgang van een cliënt.
76. De vormgeving van de ROM-feedback is eenvoudig, aantrekkelijk en begrijpelijk (bv. grafisch).
77. ROM-uitkomsten worden standaard besproken in de teamoverleggen (multidisciplinair overleg).
78. Het management zorgt er voor dat andere innovaties en ontwikkelingen binnen de organisatie de toepassing van ROM voor het primaire proces niet in de weg staan.
79. ROM-uitkomsten worden door de behandelaar gebruikt bij de overdracht naar een andere behandelaar.
80. De gebruikte meetinstrumenten geven inzicht in het stadium, de risicofactoren en de invloed van de behandeling op het beloop van de aandoening.
81. Er is een 'voortrekker' (**per team**) aangesteld (bv. aandachtfunctionaris ROM) die kennis heeft van het primaire proces.
82. Het gebruik van ROM ten behoeve van het primaire proces wordt op teamniveau gemonitord.
83. De cliëntenraad krijgt structureel ROM-uitkomsten binnen de zorgaanbieder teruggekoppeld.
84. De meetfrequentie is toegespitst op specifieke cliëntgroepen.
85. ROM-feedback is op alle momenten opvraagbaar uit het systeem.
86. Het management faciliteert het gebruik van ROM ten behoeve van het primaire proces.
87. **Het management rekent individuele behandelaars niet af op basis van ROM-uitkomsten.**

88. Behandelaars krijgen structureel uitkomstinformatie over hun eigen cliënten, waarbij duidelijk wordt aangegeven hoeveel succesvolle behandelingen er waren (over hele behandeltrajecten, niet over DBC-trajecten).
89. ROM-gegevens worden teruggekoppeld aan teams van behandelaars om van te leren. Met de ROM-gegevens wordt bv. inzicht verkregen in de kenmerken van de groep cliënten die instroomt (op team-of zorgpadniveau) en hun mate van herstel.
90. De cliënt is de eigenaar van ROM-gegevens.

## Bijlage A3

### INVULFORMULIER VOOR DE WAARDERING

Naam \_\_\_\_\_ :

#### Toelichting

Wilt u de uitspraken verdelen in 5 stapeltjes, van 'minst' naar 'meest' belangrijk. Het is de bedoeling dat u echt keuzes maakt: u wordt daarom nadrukkelijk verzocht om de uitspraken gelijkmatig over de 5 stapeltjes te verdelen (dus 18 kaartjes per stapel). Vervolgens noteert u de nummers van de uitspraken per stapel in onderstaande kolommen. Daarbij noteert u in de meest linkse kolom de nummers van de uitspraken die u het '**minst van belang**' vindt en in de meest rechtse kolom de nummers van uitspraken die volgens u het '**meest van belang**' zijn.

Alle uitspraken moeten worden ingedeeld en genoteerd.

**minst** belangrijk ←————→ **meest** belangrijk

1	2	3	4	5
2	6	4	3	1
11	21	9	8	5
12	22	13	10	7
20	27	16	15	14
24	29	23	18	17
25	32	30	19	28
31	36	41	26	37
34	38	56	33	46
35	39	59	42	55
40	43	64	44	58
45	52	65	48	68
47	53	66	60	75
49	54	69	70	76
50	62	73	71	82
51	67	74	72	84
57	77	79	78	87
61	81	83	80	88
63	86	90	85	89



**Bijlage A4** Gemiddelde waardering per item. De items die door de leden van de begeleidingscommissie met een 3,5 of hoger werden gewaardeerd, zijn vetgedrukt.

		waardering					
		Gemiddeld	Standaard deviatie	Minimum	Maximum	Rang	Mediaan
niveau ROM-systeem	<b>48. De gebruikte meetinstrumenten zijn valide, betrouwbaar en gevoelig voor verandering</b>	<b>4,40</b>	<b>1,07</b>	<b>2,00</b>	<b>5,00</b>	<b>3,00</b>	<b>5,00</b>
	<b>55. De cliënt krijgt begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling van ROM-uitkomsten</b>	<b>4,40</b>	<b>,97</b>	<b>2,00</b>	<b>5,00</b>	<b>3,00</b>	<b>5,00</b>
	<b>58. De gebruikte meetinstrumenten zijn bruikbaar bij het opstellen en evalueren van individuele behandelplannen</b>	<b>3,90</b>	<b>1,20</b>	<b>1,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,00</b>	<b>4,00</b>
	<b>76. De vormgeving van de ROM-feedback is eenvoudig, aantrekkelijk en begrijpelijk (bv grafisch)</b>	<b>3,80</b>	<b>1,55</b>	<b>1,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,00</b>	<b>4,50</b>
	<b>8. Gebruik van meetinstrumenten die geschikt zijn voor het meten van verandering bij specifieke cliëntgroepen (geschikt om de juiste domeinen van herstel te meten)</b>	<b>3,70</b>	<b>,95</b>	<b>2,00</b>	<b>5,00</b>	<b>3,00</b>	<b>4,00</b>
	71. Het perspectief van de cliënt is verwerkt in de ROM-feedback	3,30	1,34	1,00	5,00	4,00	3,50
	30. Het meetinstrumentarium is gebruiksvriendelijk in termen van belasting voor behandelaars en cliënten	3,20	1,40	1,00	5,00	4,00	3,00
	28. ROM-feedback geeft informatie over het beloop van de behandeling gerelateerd aan een normscore/ criterium. De normscores worden geactualiseerd met de verzamelde ROM-gegevens	3,20	1,14	2,00	5,00	3,00	3,00
	10. Het ROM-systeem omvat ook informatie over het behandelproces en therapeutische relatie	3,20	1,48	1,00	5,00	4,00	3,50
	72. Het ROM-systeem kan makkelijk worden aangepast of uitgebreid uitgaande van de wensen en behoeften van behandelaars (bv. het toevoegen van nieuwe meetinstrumenten)	3,10	1,37	1,00	5,00	4,00	3,50
	85. ROM-feedback is op alle momenten opvraagbaar uit het systeem	3,00	1,49	1,00	5,00	4,00	3,00
	22. Het ROM-systeem omvat ook meetinstrumenten gericht op cliëntperspectief/-tevredenheid	3,00	1,41	1,00	5,00	4,00	2,50
	19. Het ROM-systeem omvat ook instrumenten die het oordeel van de behandelaar meten	3,00	1,49	1,00	5,00	4,00	3,00
	75. Behandelaars krijgen aanwijzingen wat er precies misloopt bij gebrek aan vooruitgang van een cliënt	2,90	1,45	1,00	5,00	4,00	3,00
	13. Het ROM-systeem omvat ook aandoeningsspecifieke meetinstrumenten	2,90	,99	2,00	5,00	3,00	3,00
	34. De softwareapplicatie sluit aan bij het primaire proces	2,80	1,75	1,00	5,00	4,00	2,00
80. De gebruikte meetinstrumenten geven inzicht in het stadium, de risicofactoren en de invloed van de behandeling op het beloop van de aandoening	2,70	1,42	1,00	5,00	4,00	3,00	

		waardering					
		Gemiddeld	Standaard deviatie	Minimum	Maximum	Rang	Mediaan
	40. Het ROM-systeem is gebruiksvriendelijk	2,50	1,27	1,00	4,00	3,00	2,50
	15. Het ROM-systeem is geïntegreerd in het elektronisch patiëntdossier, zodat ROM-gegevens direct beschikbaar zijn in het elektronisch patiëntdossier	2,20	1,32	1,00	4,00	3,00	2,00
	51. Er wordt gebruik gemaakt van rechtevrije meetinstrumenten	1,60	1,07	1,00	4,00	3,00	1,00
niveau behandelaar, cliënt of ander individu	<b>5. De behandelaar erkent het belang en het nut van ROM voor het primaire proces (als aanvulling op eigen klinisch oordeel)</b>	<b>4,80</b>	<b>,42</b>	<b>4,00</b>	<b>5,00</b>	<b>1,00</b>	<b>5,00</b>
	<b>37. Behandelaar en cliënt bepalen gezamenlijk hoe verder te gaan op basis van de ROM-uitkomsten</b>	<b>4,40</b>	<b>1,35</b>	<b>1,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,00</b>	<b>5,00</b>
	<b>6. De behandelaar koppelt de ROM-uitkomsten terug aan de cliënt gedurende de behandeling</b>	<b>4,20</b>	<b>1,23</b>	<b>1,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,00</b>	<b>4,50</b>
	<b>67. ROM-uitkomsten worden door de behandelaar gebruikt om het beloop van de behandeling te evalueren</b>	<b>4,00</b>	<b>1,25</b>	<b>2,00</b>	<b>5,00</b>	<b>3,00</b>	<b>4,50</b>
	<b>32. ROM-uitkomsten worden door de behandelaar én cliënt gebruikt om tussentijds de behandeling aan te passen</b>	<b>3,90</b>	<b>1,79</b>	<b>1,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,00</b>	<b>5,00</b>
	<b>23. De behandelaar heeft voldoende kennis om de ROM-uitkomsten te kunnen interpreteren</b>	<b>3,80</b>	<b>1,32</b>	<b>1,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,00</b>	<b>4,00</b>
	<b>33. Cliënten zijn tevreden over het gebruik van ROM voor het regelmatig evalueren van hun behandeling en de bijstelling daarvan</b>	<b>3,70</b>	<b>1,06</b>	<b>2,00</b>	<b>5,00</b>	<b>3,00</b>	<b>3,50</b>
	<b>49. ROM-uitkomsten worden gebruikt in intercollegiaal overleg</b>	<b>3,60</b>	<b>1,43</b>	<b>1,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,00</b>	<b>4,00</b>
	<b>17. Cliënten worden vooraf geïnformeerd over het doel en nut van ROM voor het primaire proces</b>	<b>3,50</b>	<b>1,43</b>	<b>1,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,00</b>	<b>4,00</b>
	47. De behandelaar is tevreden over het toepassen en de hanteerbaarheid van het ROM-systeem	3,40	1,58	1,00	5,00	4,00	3,50
	11. Het ROM-systeem is zo ingericht dat de behandelaar gemotiveerd wordt om het te gebruiken in het primaire proces	3,40	1,51	1,00	5,00	4,00	3,50
	9. Behandelaars zijn betrokken bij de opzet en implementatie van het ROM-systeem	3,30	1,25	1,00	5,00	4,00	4,00
	65. De behandelaar houdt bij de interpretatie van de ROM-uitkomsten rekening met de sociale context van de cliënt	2,90	1,20	1,00	4,00	3,00	3,00
	79. ROM-uitkomsten worden door de behandelaar gebruikt bij de overdracht naar een andere behandelaar	2,60	1,17	1,00	4,00	3,00	2,50
	57. De cliënt wordt zo min mogelijk belast door het aantal en de frequentie van de metingen. Er wordt gemeten op, ook voor de cliënt, logische momenten in de behandeling	2,50	1,43	1,00	5,00	4,00	2,00

		waardering					
		Gemiddeld	Standaard deviatie	Minimum	Maximum	Rang	Mediaan
	24. Het ROM-systeem is zo ingericht dat de behandelaar en cliënt zo min mogelijk belast worden	2,50	1,58	1,00	5,00	4,00	2,00
	35. Behandelaars zijn gefaciliteerd om ROM in te passen in hun andere werkzaamheden	2,40	1,58	1,00	5,00	4,00	2,00
	69. Gebruikers zijn getraind in het omgaan met het ROM-systeem	2,30	1,16	1,00	4,00	3,00	2,00
	31. De cliënt wordt betrokken bij de keuze van af te nemen meetinstrumenten	2,10	1,52	1,00	5,00	4,00	1,00
	45. Cliënten hebben keuzevrijheid in de wijze waarop de metingen worden uitgevoerd	1,90	1,20	1,00	4,00	3,00	1,50
	44. De behandelaar koppelt de ROM-uitkomsten terug aan de cliënt gedurende de behandeling	.	.	.	.	.	.
niveau sociale omgeving	25. Het behandelteam erkent het belang en het nut van ROM voor het primaire proces (als aanvulling op eigen klinisch oordeel)	3,30	1,25	1,00	5,00	4,00	3,00
	50. Het ROM-systeem sluit aan bij het reguliere werken op teamniveau	3,00	1,15	1,00	5,00	4,00	3,00
	38. Goede afspraken en samenwerking tussen management en behandelaars rondom gebruik en toepassing ROM in het primaire proces	2,90	1,10	2,00	5,00	3,00	2,50
	53. Het management vindt het belangrijk dat ROM-feedback gebruikt wordt bij evaluaties van behandelingen	2,80	1,14	1,00	5,00	4,00	3,00
niveau organisatie	<b>1. Elke behandelaar bespreekt de ROM-uitkomsten met de cliënt ten behoeve van het evalueren en eventueel bijstellen van de behandeling</b>	<b>4,90</b>	<b>,32</b>	<b>4,00</b>	<b>5,00</b>	<b>1,00</b>	<b>5,00</b>
	<b>42. ROM (het meten en het geven van feedback) is gekoppeld aan belangrijke evaluatie-/beslismomenten in het behandel- en begeleidingsproces (bv. behandelplan, behandeloverleg, eindgesprek)</b>	<b>4,70</b>	<b>,48</b>	<b>4,00</b>	<b>5,00</b>	<b>1,00</b>	<b>5,00</b>
	<b>89. ROM-gegevens worden teruggekoppeld aan teams van behandelaars om van te leren. Met de ROM-gegevens wordt bv. I inzicht verkregen in de kenmerken van de groep cliënten die instroomt (op team-of zorgpadniveau) en hun mate van herstel</b>	<b>3,80</b>	<b>1,32</b>	<b>1,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,00</b>	<b>4,00</b>
	<b>68. ROM-uitkomsten worden gebruikt in teamoverleg over voortgang, plannen, bijstelling en/of beëindiging behandeling (trajectplanbespreking)</b>	<b>3,70</b>	<b>1,06</b>	<b>2,00</b>	<b>5,00</b>	<b>3,00</b>	<b>3,50</b>
	<b>14. Behandelaars worden getraind in het gebruik en de interpretatie van de ROM-feedback. Daarbij is ook aandacht voor hoe om te gaan met ROM-uitkomsten die erop wijzen dat een cliënt niet vooruitgaat</b>	<b>3,70</b>	<b>,82</b>	<b>2,00</b>	<b>5,00</b>	<b>3,00</b>	<b>4,00</b>

	waardering					
	Gemiddeld	Standaard deviatie	Minimum	Maximum	Rang	Mediaan
<b>70. De kwaliteit en het gebruik van het ROM-systeem ten behoeve van het primaire proces wordt gemonitord en zo nodig bijgesteld</b>	<b>3,50</b>	<b>,71</b>	<b>2,00</b>	<b>4,00</b>	<b>2,00</b>	<b>4,00</b>
<b>64. Er bestaat goede samenwerking tussen cliënt, behandelaar en administratie met betrekking tot het gebruik van het ROM-systeem ten behoeve van het primaire proces</b>	<b>3,50</b>	<b>1,08</b>	<b>2,00</b>	<b>5,00</b>	<b>3,00</b>	<b>3,50</b>
<b>2. De cliënt heeft toegang tot/ontvangt zijn/haar ROM-uitkomsten op een laagdrempelige wijze (bv. via cliëntportalen)</b>	<b>3,50</b>	<b>1,72</b>	<b>1,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,00</b>	<b>4,00</b>
36. Het gebruik maken van ROM-feedback in het primaire proces vormt een belangrijke pijler van het beleid in de organisatie	3,30	1,25	2,00	5,00	3,00	3,50
18. Er wordt blijvend aandacht besteed aan het op peil houden van de kennis en kunde van al getrainde behandelaars en andere gebruikers	3,30	1,25	1,00	5,00	4,00	3,00
12. Meetfrequentie van ROM ten behoeve van het primaire proces is niet gekoppeld aan DBC-registratie, maar aan belangrijke evaluatie-/beslismomenten in het behandel- en begeleidingsproces	3,30	1,06	1,00	4,00	3,00	4,00
82. Het gebruik van ROM ten behoeve van het primaire proces wordt op teamniveau gemonitord	3,20	1,23	1,00	5,00	4,00	3,50
77. ROM-uitkomsten worden standaard besproken in de teamoverleggen (multidisciplinair overleg)	3,20	1,48	1,00	5,00	4,00	3,50
26. Behandelaars leren van elkaar/ coachen elkaar wat betreft het omgaan met de ROM-uitkomsten in het primaire proces	3,20	1,23	1,00	5,00	4,00	3,50
3. Er worden bijeenkomsten voor behandelaars georganiseerd waarin ROM-uitkomsten (bv. lunchreferaten, studiemiddagen, intervisie-bijeenkomsten) worden teruggekoppeld ter verbetering van het primaire proces	3,20	1,14	1,00	5,00	4,00	3,00
84. De meetfrequentie is toegespitst op specifieke cliëntgroepen	3,10	1,60	1,00	5,00	4,00	3,00
88. Behandelaars krijgen structureel uitkomst informatie over hun eigen cliënten, waarbij duidelijk wordt aangegeven hoeveel succesvolle behandelingen er waren (over hele behandeltrajecten, niet over DBC-trajecten)	2,90	1,52	1,00	5,00	4,00	2,50
29. Behandelaars en andere gebruikers worden getraind in het gebruik van het ROM-systeem (o.a. software, meetinstrumenten, meetmomenten)	2,80	1,48	1,00	5,00	4,00	2,50
86. Het management faciliteert het gebruik van ROM ten behoeve van het primaire proces	2,80	1,23	1,00	5,00	4,00	2,50
62. Het belang dat het management hecht aan ROM-feedback in het primaire proces komt tot uitdrukking in sollicitatieprocedures, functionerings- en competentiegesprekken	2,80	1,23	1,00	5,00	4,00	2,50



	waardering					
	Gemiddeld	Standaard deviatie	Minimum	Maximum	Rang	Mediaan
87. Het management rekent individuele behandelaars niet af op basis van ROM-uitkomsten	2,70	1,64	1,00	5,00	4,00	3,00
74. Er bestaat een handboek/protocol van wie wat wanneer waar meet (meetprocedure)	2,70	1,42	1,00	5,00	4,00	3,00
16. Het management stelt voldoende middelen beschikbaar voor het opzetten en onderhouden van het ROM-systeem ten behoeve van het primaire proces (zowel qua doorontwikkeling van de software als inhoudelijk vragenlijstbeheer)	2,60	1,07	1,00	4,00	3,00	2,00
63. Gebruikers hebben een actieve rol en verantwoordelijkheid bij de implementatie en onderhoud van het ROM-systeem door middel van deelname aan projectgroepen/ implementatieteams	2,50	1,43	1,00	5,00	4,00	2,00
61. ROM-uitkomsten sluiten aan bij de denk- en handelingspatronen van behandelaars	2,50	,97	1,00	4,00	3,00	3,00
60. De terugkoppeling van de ROM-uitkomsten is toegespitst op specifieke cliëntgroepen	2,50	1,43	1,00	5,00	4,00	2,00
56. Er is regelmatig overleg tussen het management en de werkvloer over het gebruik van ROM ten behoeve van het primaire proces	2,50	1,18	1,00	5,00	4,00	2,50
90. De cliënt is de eigenaar van ROM-gegevens	2,40	1,90	1,00	5,00	4,00	1,00
81. Er is een 'voortrekker' (per team) aangesteld (bv. aandachtfunctionaris ROM) die kennis heeft van het primaire proces	2,40	1,65	1,00	5,00	4,00	2,00
73. De organisatie biedt individuele hulp aan hulpverleners bij problemen met het gebruik van ROM	2,40	,97	1,00	4,00	3,00	2,50
52. De cliëntenraad is betrokken bij de implementatie van ROM ten behoeve van het primaire proces	2,40	,84	1,00	4,00	3,00	2,00
78. Het management zorgt er voor dat andere innovaties en ontwikkelingen binnen de organisatie de toepassing van ROM voor het primaire proces niet in de weg staan	2,40	1,17	1,00	4,00	3,00	2,50
46. Het management stelt voldoende middelen beschikbaar voor de training en scholing van gebruikers van het ROM-systeem ten behoeve van het primaire proces	2,40	1,35	1,00	5,00	4,00	2,00
59. Kleinschalige, gefaseerde en projectmatige invoering van ROM ten behoeve van het primaire proces	2,30	1,34	1,00	5,00	4,00	2,50
43. Voortijdig afhakende cliënten worden benaderd voor een vervolgmeting. Er bestaat een 'no-show' beleid voor ROM (cliënten die de vragenlijsten niet invullen worden 'opgevolgd')	2,20	,79	1,00	3,00	2,00	2,00
41. Management stelt voldoende middelen beschikbaar voor het verrichten van ROM-metingen ten behoeve van het primaire proces	2,20	,79	1,00	3,00	2,00	2,00

		waardering					
		Gemiddeld	Standaard deviatie	Minimum	Maximum	Range	Mediaan
	39. Er bestaat een protocol voor de wijze van feedback geven aan de cliënt	2,20	1,14	1,00	4,00	3,00	2,50
	4. De cliëntenraad heeft inzicht in de ROM-uitkomsten binnen de zorgorganisatie	2,20	1,14	1,00	4,00	3,00	2,00
	54. Het ROM-systeem sluit aan bij de specifieke organisatorische context van de setting waarin het wordt gebruikt	2,10	,74	1,00	3,00	2,00	2,00
	27. Er is administratieve ondersteuning bij het plannen/uitvoeren van metingen	2,10	1,20	1,00	4,00	3,00	2,00
	21. Het afnemen van de meetinstrumenten wordt ondersteund door een daartoe opgeleide verpleegkundige, ervaringsdeskundige of testassistent	2,00	,94	1,00	4,00	3,00	2,00
	66. De cliëntenraad heeft de mogelijkheid om in gesprek te gaan over de ROM-uitkomsten	1,90	1,10	1,00	4,00	3,00	1,50
	83. De cliëntenraad krijgt structureel ROM-uitkomsten binnen de zorgaanbieder teruggekoppeld	1,60	,70	1,00	3,00	2,00	1,50
niveau maatschappij	<b>7. ROM ten behoeve van het primaire proces staat los van benchmarking</b>	<b>3,60</b>	<b>1,43</b>	<b>1,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,00</b>	<b>3,50</b>
	20. Verzekeraars zijn betrokken bij ROM ten behoeve van het primaire proces	1,60	1,26	1,00	5,00	4,00	1,00

## **Bijlage A5** Achtergrondinformatie over het onderzoek

### **Het onderzoek: 2 fases**

De enquête die aan u is voorgelegd, maakt onderdeel uit van een breder onderzoek dat is gericht op het bevorderen van het gebruik van ROM als een instrument dat cliënten en hulpverleners daadwerkelijk ondersteunt in het primaire zorgproces. Het onderzoek bestaat uit twee fases:

- 1) een landelijke inventarisatie van de mate waarin ROM wordt gebruikt in de dagelijkse praktijk van de GGZ, als een instrument ter ondersteuning van het primaire proces; en
- 2) het inventariseren van voorbeelden van succesvol gebruik van ROM ten behoeve van het primaire proces: welke lessen kunnen worden geleerd van deze 'goede voorbeelden'?

De enquête die aan u is voorgelegd, betreft fase 1 van het onderzoek. Het onderzoek wordt door het Trimbos-instituut uitgevoerd in het kader van de Trendrapportage GGZ, in opdracht van het ministerie van VWS.

### **Fase 1: Inventarisatie van de stand van zaken via enquêtes**

#### ***Enquêtes onder behandelaars werkzaam bij instellingen en voor vrijgevestigde behandelaars***

De landelijke peiling wordt uitgevoerd via een enquête onder een representatieve steekproef behandelaars werkzaam bij verschillende 'typen' GGZ-instellingen (o.a. brede, geïntegreerde GGZ-instellingen en categorale instellingen gericht op specifieke doelgroepen), en een enquête onder een representatieve steekproef vrijgevestigde behandelaars. De enquêtes geven zodoende een landelijk beeld van de mate waarin ROM door behandelaars werkzaam bij GGZ-instellingen en door vrijgevestigden daadwerkelijk gebruikt wordt voor het primaire proces.

#### ***Hoe zijn de enquêtes tot stand gekomen?***

De enquêtes zijn ontwikkeld op basis van de bestaande kennis en visies over ROM, zowel vanuit de literatuur als vanuit experts. In vijf stappen werden de items geselecteerd en de vragenlijst samengesteld.

In *stap 1* werd de beschikbare literatuur gescand. Hierbij werd gezocht naar kenmerken die van belang worden geacht voor een succesvolle implementatie van ROM ter

ondersteuning van het primaire proces, en factoren die daarbij belemmerend of bevorderend zijn. Op deze wijze werden 608 kenmerken en factoren geïdentificeerd. In *stap 2* werd dit aantal teruggebracht tot 64 door het samenvoegen van vergelijkbare kenmerken tot overkoepelende categorieën en subcategorieën.

Vervolgens werden in *stap 3* per (sub)categorie de kenmerken opnieuw omschreven, zodanig dat deze de (sub)categorieën inhoudelijk dekten. Dit leidde tot 86 kenmerken, die werden voorgelegd aan tien experts op het gebied van ROM, met de vraag de lijst door te nemen en eventueel aan te vullen. De experts hadden verschillende achtergronden (o.a. behandelaar, cliëntvertegenwoordiger, wetenschapper, manager). Uiteindelijk resteerde een lijst met 90 kenmerken.

In *stap 4* werd aan de tien experts gevraagd om deze 90 kenmerken te beoordelen op belangrijkheid aan de hand van vijf categorieën, variërend van 1 = minst belangrijk tot 5 = meest belangrijk. Dit leidde tot 23 beschrijvingen die – in de ogen van deze experts – als meest belangrijk worden beschouwd: de hoofdkenmerken.

In *stap 5* zijn op basis van deze hoofdkenmerken stellingen geformuleerd voor de enquête, één stelling per hoofdkenmerk. Er zijn drie versies van de vragenlijst gemaakt, variërend in lengte, omdat niet alle stellingen van toepassing zijn voor alle typen zorgaanbieders. Er is een versie voor GGZ-instellingen (23 vragen), een versie voor zelfstandig gevestigde behandelaars die samen met anderen een groepspraktijk vormen (22 vragen), en een versie voor zelfstandig gevestigde behandelaars met een eenpersoonspraktijk (16 vragen).

### ***Beperkt aantal stellingen***

Voor de landelijke enquêtes is gestreefd naar een beknopt instrument dat breed kan worden ingezet. Hiervoor zijn de 23 hoofdkenmerken geselecteerd. Dit houdt niet in dat dit de enige kenmerken zijn die van belang zijn voor een succesvolle implementatie van ROM voor het primaire proces. Het zijn de kenmerken waaraan volgens experts in elk geval moet worden voldaan, wil er sprake zijn van een succesvolle implementatie van ROM.

### ***Wat gebeurt er met de enquêteresultaten?***

De uitkomsten van de enquêtes worden gebruikt om te rapporteren aan VWS, brancheorganisaties en beroepsgroepen, met als doel de toepassing van ROM voor het primaire proces te stimuleren. De uitslagen van de landelijke enquêtes worden ook gebruikt voor het identificeren van 'goede voorbeelden' voor fase 2 van het onderzoek: GGZ-aanbieders (instellingen of vrijgevestigden) waar ROM ten behoeve van het primaire proces succesvol gebruikt lijkt te worden.

## **Fase 2: in kaart brengen van goede voorbeelden**

De 'goede voorbeelden' worden uitgebreid in kaart gebracht door documentenanalyse en het interviewen van behandelaars, cliënten en andere betrokkenen. In de interviews wordt ingegaan op de wijze waarop ROM in de klinische praktijk gebruikt wordt (zowel inhoudelijk als procesmatig), welke knelpunten men tegengekomen is en hoe die knelpunten zijn opgelost. Ook wordt gevraagd naar concrete producten of instrumenten die andere GGZ-aanbieders zouden kunnen gebruiken. De goede voorbeelden en hun oplossingen voor knelpunten zullen in het kader van de Trendrapportage GGZ worden gebundeld in een handzaam en toegankelijk overzicht, wat andere GGZ-aanbieders kan helpen bij het succesvol gebruik van ROM in het primaire proces.



**Uitnodiging tot deelname aan de enquête****‘Gebruik van ROM voor de dagelijkse zorgpraktijk’**

Routine Outcome Monitoring (ROM) vindt steeds meer zijn weg naar de dagelijkse zorgpraktijk van de GGZ en verslavingszorg (VZ). We willen u daarom graag uitnodigen om mee te doen aan een korte enquête om van u als professional te horen of u ROM in het alledaagse werkproces gebruikt, en zo ja, wat uw ervaringen hiermee zijn.

**Wat is het doel?**

ROM heeft vier functies: 1) het ondersteunen van de behandeling, 2) om van te leren (bv. op afdelings- of instellingsniveau), 3) om onderzoek mee te doen en 4) om verantwoording af te leggen. Deze korte enquête richt zich dus op de eerste functie: ROM als een instrument dat cliënten en behandelaars ondersteunt in de behandeling (kortweg: het primaire proces). Het doel is een landelijk beeld te krijgen van de mate waarin ROM voor deze functie wordt gebruikt in de GGZ en VZ. Degenen die daar het beste zicht op hebben, zijn de behandelaars en cliënten zelf. Voor deze enquête beperken we ons tot de behandelaars. Cliënten worden in een volgende fase van het onderzoek bevraagd.

**Hoeveel tijd kost het?**

De enquête bevat 22 vragen in de vorm van stellingen waarover u uw eigen mening kunt geven. Daarnaast worden nog enkele vragen gesteld over uw achtergrond. De enquête vergt ongeveer 5 minuten om in te vullen. U kunt deelnemen door onderstaande link aan te klikken. Graag ontvangen wij uw antwoorden zo snel mogelijk retour, uiterlijk binnen twee weken.

**Waarom u? Hoe zit het met privacy?**

Voor dit onderzoek hebben wij een landelijke steekproef getrokken uit behandelaars van alle typen GGZ-instellingen in Nederland. U bent één van deze behandelaars. Wij hebben uw email-adres verkregen via de kwaliteitsfunctionaris of ROM-coördinator van uw instelling.

Hierbij willen wij u verzoeken aan deze enquête deel te nemen. Uw deelname is van groot belang om een representatief landelijk beeld te krijgen. Daarom is het ook belangrijk dat u de enquête invult als u ROM (nog) niet toepast in uw dagelijkse zorgpraktijk; in dat geval zal de enquête alleen een aantal achtergrondvragen omvatten.

Uw gegevens worden geanonimiseerd verwerkt door het Trimbos-instituut en zullen niet tot u herleidbaar zijn. Uw instelling ontvangt, nadat wij de gegevens verwerkt hebben, de eigen en de landelijke resultaten. Als de eindrapportage gereed is, ontvangt u een mail met een link naar het rapport.

**Verdere informatie?**

De enquête maakt onderdeel uit van een breder onderzoek naar het gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk. Het onderzoek wordt door het Trimbos-instituut uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. Het traject wordt begeleid door een begeleidingscommissie van tien onafhankelijke deskundigen op het gebied van ROM, waaronder behandelaars, cliëntvertegenwoordigers, informatiemanagers en onderzoekers. De uitkomsten worden anoniem en

op geaggregeerd niveau gerapporteerd (dus niet herleidbaar tot een individuele instelling) aan VWS, brancheorganisaties en beroepsgroepen.

Voor nadere achtergrondinformatie over het (bredere) onderzoek, de ontwikkeling van de enquête en wat gedaan wordt met de resultaten kunt op de onderstaande link klikken:

...

Heeft u nog vragen of opmerkingen over (het invullen van) deze enquête, neemt u dan gerust contact op met Marjolein Veerbeek: [mveerbeek@trimbos.nl](mailto:mveerbeek@trimbos.nl)

***Voor de enquête klik op de onderstaande link:***

...

**Alvast hartelijk dank voor uw deelname!**



**Vraag vooraf**

Gebruikt u op dit moment ROM in uw dagelijkse zorgpraktijk?

- Nooit
- Soms
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

**Bij 'Nooit': doorlinken naar de open vraag:**

**Waarom gebruikt u ROM niet in uw dagelijkse zorgpraktijk?**

**Vervolgens doorlinken naar de zes 'Algemene vragen'. Waarbij aangegeven wordt:**

*“U heeft aangegeven dat u ROM nog niet toepast in uw dagelijkse zorgpraktijk. Om een goed representatief landelijk beeld te krijgen volgen nog enkele vragen over uzelf. Etc.”*

**Bij een andere antwoordcategorie dan 'nooit' doorgaan naar de 22 stellingen.**

## 22 Stellingen

Deze enquête bestaat uit 22 stellingen over ROM als een instrument dat u en uw cliënten kan ondersteunen bij de behandeling en begeleiding (kortweg: het primaire proces). De stellingen gaan over uw persoonlijke ervaringen en die van uw cliënten met ROM, over uw directe werkomgeving (uw team), en over de vragenlijsten en het ROM-systeem zelf (de software en de output). Beantwoord de vragen vanuit uw werksituatie bij de instelling via welke u deze enquête ontvangt. De stellingen gaan over het feitelijk gebruik van ROM, maar ook over randvoorwaarden voor het gebruik en de houding ten aanzien van ROM. Er zijn geen goede of foute antwoorden; het is belangrijk dat u antwoordt vanuit uw eigen beleving. U moet elke vraag beantwoorden, anders kunt u niet verder.

### Over het woordgebruik in de enquête

Soms worden verschillende woorden voor hetzelfde begrip gebruikt. Om de vraagstelling overzichtelijk te houden gebruiken we de volgende termen:

- **Team:** Hiermee wordt bedoeld de organisatorische eenheid, het team (al dan niet multidisciplinair), waarbinnen u werkt
- **Cliënt:** Hier kunt u ook patiënt lezen
- **Hem/hij:** Hier kunt u ook haar/zij lezen
- **Behandeling:** Hier kunt u ook begeleiding lezen
- **Behandelaar:** Hier kunt u ook begeleider lezen
- **Vragenlijsten:** Hier kunt u ook meetinstrumenten lezen
- **ROM-scores:** Dit zijn de uitkomsten van (periodieke) metingen met vragenlijsten
- **ROM-systeem:** Hiermee wordt de ICT bedoeld: de software die wordt gebruikt en de output die het oplevert

De volgende stellingen hebben betrekking op **uzelf als behandelaar en op uw cliënten**. Geef voor elke stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens of oneens bent.

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
1. ROM is voor mij belangrijk en nuttig als aanvulling op mijn eigen klinisch oordeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ik informeer mijn cliënten vooraf over het doel en nut van ROM voor hun behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ik heb voldoende kennis om de ROM-scores te kunnen interpreteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik gebruik de ROM-scores om het beloop van de behandeling van mijn cliënten te evalueren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gedurende de behandeling koppel ik de ROM-scores terug aan mijn cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
6. Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan met de behandeling, mede op basis van de ROM-scores (doorgaan, wijzigen of afronden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik gebruik de ROM-scores om samen met mijn cliënten tussentijds de behandeling bij te stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal of multidisciplinair overleg over het behandeltraject van mijn cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn over het gebruik van ROM voor het regelmatig evalueren van hun behandeling en de bijstelling daarvan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende stellingen hebben betrekking op ***uw directe werkomgeving, uw team***. Geef voor elke stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens of oneens bent.

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
10. Behandelaars van mijn team zijn/worden getraind in het gebruik en de interpretatie van ROM-scores en de terugkoppeling ervan aan cliënten. Hierbij is ook aandacht voor hoe om te gaan met ROM-scores die erop wijzen dat een cliënt niet vooruitgaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Behandelaars van mijn team bespreken de ROM-scores met hun cliënten voor het evalueren en eventueel bijstellen van hun behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Onze cliënten hebben een laagdrempelige toegang tot hun ROM-scores (bv. via een papieren uitdraai of via een cliëntportaal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Het afnemen van de ROM-vragenlijsten en het terugkoppelen van de scores aan cliënten gebeurt in mijn team op belangrijke evaluatie-/beslismomenten gedurende de behandeling (bv. behandelplanbespreking)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
14. ROM-scores worden in onze teamoverleggen gebruikt om het beloop van de behandeling van cliënten te bespreken en deze eventueel bij te stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Behandelaren van mijn team werken goed samen met de administratie en de cliënten bij het afnemen van de ROM-vragenlijsten en de terugkoppeling van de scores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ROM-scores worden aan ons team teruggekoppeld om van te leren (bv. om zicht te krijgen op de kenmerken van de cliënten en hun mate van herstel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. De kwaliteit van het ROM-systeem en het gebruik van ROM voor het primaire proces wordt door ons management bewaakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende stellingen hebben betrekking op de **vragenlijsten** en het **ROM-systeem** zelf (de software en de output). Geef voor elke stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens of oneens bent.

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
18. De vragenlijsten in ons ROM-systeem zijn valide (ze meten ze wat ze zouden moeten meten) en betrouwbaar (ze geven bij herhaalde afname onder dezelfde omstandigheden eenzelfde score)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. De vragenlijsten in ons ROM-systeem zijn geschikt voor het meten van verandering bij de cliëntgroep(en) waar ik het meest mee werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. De vragenlijsten in ons ROM-systeem zijn geschikt voor het opstellen en evalueren van behandelplannen van mijn cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. De output vanuit ons ROM-systeem is eenvoudig en aantrekkelijk vormgegeven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Onze cliënten krijgen vanuit ons ROM-systeem begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling van hun ROM-scores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Algemene vragen

Tot slot volgen nog enkele vragen over uzelf in uw werksituatie bij uw instelling. Ten overvloede, de ingevulde gegevens worden anoniem verwerkt en zijn niet tot u herleidbaar.

1. Wat zijn de cliëntgroepen waar u het meest mee werkt? (meer antwoorden mogelijk)
  - Kinderen en jeugd
  - Volwassenen - kortdurende zorg
  - Volwassenen - langdurende zorg
  - Ouderen - gerontopsychiatrie
  - Ouderen - psychogeriatric
  - Verslaafden – kortdurende zorg
  - Verslaafden – langdurende zorg
  
2. Wat is uw beroep? (meer antwoorden mogelijk)
  - Psycholoog
  - Gezondheidszorgpsycholoog
  - Klinisch psycholoog
  - Orthopedagoog
  - Psychotherapeut
  - Psychiater (al dan niet in opleiding)
  - Verslavingsarts (al dan niet in opleiding)
  - Geriater (al dan niet in opleiding)
  - Verpleegkundige MBO
  - Verpleegkundige HBO
  - Verpleegkundig specialist
  - Anders, nl. \_\_\_\_\_
  
3. In welke setting bent u het meest werkzaam?
  - Generalistische Basis-GGZ
  - Gespecialiseerde GGZ
  - (Grofweg) gelijkelijk verdeeld over beide settings
  
4. Wat is de omvang van uw aanstelling bij uw instelling, uitgedrukt in full-time equivalent (fte)?
  - Minder dan 0,2 fte
  - 0,2 fte tot 0,4 fte
  - 0,4 fte tot 0,6 fte
  - 0,6 fte tot 0,8 fte
  - 0,8 fte of meer
  
5. Wat is uw geslacht?
  - Man
  - Vrouw

6. Wat is uw leeftijd?

- Jonger dan 25 jaar
- 25-34 jaar
- 35-44 jaar
- 45-54 jaar
- 55-64 jaar
- 65 jaar of ouder

**Open vraag:**

Mist u nog iets in deze vragenlijst, of heeft u nog opmerkingen en tips? Dan kunt u dit hieronder aangeven.

**Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!**

### **Uitnodiging tot deelname aan de enquête**

#### **‘Gebruik van ROM voor de dagelijkse zorgpraktijk’**

Routine Outcome Monitoring (ROM) vindt steeds meer zijn weg naar de dagelijkse zorgpraktijk van de GGZ en verslavingszorg (VZ). We willen u daarom graag uitnodigen om mee te doen aan een korte enquête om van u als professional te horen of u ROM in het alledaagse werkproces gebruikt, en zo ja, wat uw ervaringen hiermee zijn.

#### **Wat is het doel?**

ROM heeft vier functies: 1) het ondersteunen van de behandeling, 2) om van te leren (bv. op afdelings- of instellingsniveau), 3) om onderzoek mee te doen en 4) om verantwoording af te leggen. Deze korte enquête richt zich dus op de eerste functie: ROM als een instrument dat cliënten en behandelaars ondersteunt in de behandeling (kortweg: het primaire proces). Het doel is een landelijk beeld te krijgen van de mate waarin ROM voor deze functie wordt gebruikt in de GGZ en VZ. Degenen die daar het beste zicht op hebben, zijn de behandelaars en cliënten zelf. Voor deze enquête beperken we ons tot de behandelaars. Cliënten worden in een volgende fase van het onderzoek bevraagd.

#### **Hoeveel tijd kost het?**

De enquête bevat, afhankelijk van de antwoorden, maximaal 22 vragen in de vorm van stellingen waarover u uw eigen mening kunt geven. Daarnaast worden nog enkele vragen gesteld over uw achtergrond. De enquête vergt ongeveer 5 minuten om in te vullen. U kunt deelnemen door onderstaande link aan te klikken. Graag ontvangen wij uw antwoorden zo snel mogelijk retour, uiterlijk binnen twee weken.

#### **Waarom u? Hoe zit het met privacy?**

Voor dit onderzoek hebben wij via beroepsverenigingen (NIP, NVVP, NVvP en LVE) een landelijke steekproef getrokken uit vrijgevestigde GGZ-behandelaars in Nederland. U bent één van deze behandelaars.

Hierbij willen wij u – via uw beroepsorganisatie – verzoeken aan deze enquête deel te nemen. Uw deelname is van groot belang om een representatief landelijk beeld te krijgen. Daarom is het ook belangrijk dat u de enquête invult als u ROM (nog) niet toepast in uw dagelijkse zorgpraktijk; in dat geval zal de enquête alleen een aantal achtergrondvragen omvatten.

Uw gegevens worden geanonimiseerd verwerkt door het Trimbos-instituut en zullen niet tot u herleidbaar zijn. U ontvangt, nadat wij de gegevens verwerkt hebben, de landelijke resultaten.

#### **Meer uitnodigingen?**

In geval u lid bent van meer beroepsverenigingen kan het voorkomen dat u meer dan eenmaal wordt uitgenodigd voor de enquête. In dat geval hoeft u alleen de eerst binnengekomen uitnodiging van een beroepsvereniging te beantwoorden.

Indien u deels ook werkzaam bent bij een GGZ-instelling, bestaat de kans dat u daarvoor ook een enquête ontvangt. In dat geval verzoeken wij u deze wel in te vullen.

**Verdere informatie?**

De enquête maakt onderdeel uit van een breder onderzoek naar het gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk. Het onderzoek wordt door het Trimbos-instituut uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. Het traject wordt begeleid door een begeleidingscommissie van tien onafhankelijke deskundigen op het gebied van ROM, waaronder behandelaars, cliëntvertegenwoordigers, informatiemanagers en onderzoekers. De uitkomsten worden anoniem en op geaggregeerd niveau gerapporteerd (dus niet herleidbaar tot individuele praktijken) aan VWS, brancheorganisaties en beroepsgroepen.

Voor nadere achtergrondinformatie over het (bredere) onderzoek, de ontwikkeling van de enquête en wat gedaan wordt met de resultaten kunt u op de onderstaande link klikken:

...

Heeft u nog vragen of opmerkingen over (het invullen van) de enquête, neemt u dan gerust contact op met Marjolein Veerbeek: [mveerbeek@trimbos.nl](mailto:mveerbeek@trimbos.nl)

***Voor de enquête klik op de onderstaande link:***

...

**Alvast hartelijk dank voor uw deelname!**



### **Vragen vooraf**

Deze enquête wordt gestuurd naar vrijgevestigde behandelaars. Dit kunnen zowel behandelaars zijn met een solopraktijk als behandelaars die samen met andere behandelaars faciliteiten delen, of behandelaars die met collega's of andere disciplines inhoudelijk samenwerken in een gezamenlijke bedrijfsvoering. Afhankelijk van uw praktijkvoering worden deels verschillende vragen gesteld. Vandaar dat wij u vooraf vragen naar uw situatie.

Welke situatie is het meest op u van toepassing?

- Ik heb een solopraktijk
- Ik werk in een praktijk waarin ik met andere behandelaars faciliteiten deel (bv. ruimte, secretariaat), maar wel zelfstandig werk
- Ik werk in een praktijk waarin ik met collega's of andere disciplines inhoudelijk samenwerk in een gezamenlijke bedrijfsvoering

Heeft u als vrijgevestigde directe cliëntcontacten?

- Ja
- Nee

***Bij 'Ja' bepaalt het antwoord op de eerste vraag op deze pagina welke van de 3 versies (zie hieronder) wordt aangeboden aan de respondent.***

***Bij 'Nee' linken naar een scherm waarin wordt meegedeeld dat deze vragenlijst door hem/haar verder niet ingevuld hoeft te worden en waarin hij/zij wordt bedankt voor de deelname.***

Gebruikt u op dit moment ROM in uw dagelijkse zorgpraktijk?

- Nooit
- Soms
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

***Bij 'Nooit' doorlinken naar de open vraag:***

***Waarom gebruikt u ROM niet in uw dagelijkse zorgpraktijk?***

***Vervolgens doorlinken naar de zeven 'Algemene vragen'. Waarbij aangegeven wordt:***

***"U heeft aangegeven dat u ROM nog niet toepast in uw dagelijkse zorgpraktijk. Om een goed representatief landelijk beeld te krijgen volgen nog enkele vragen over uzelf. Etc."***

***Bij een andere antwoordcategorie dan 'nooit' bepaalt het antwoord op de eerste vraag op deze pagina welke van de 3 versies (zie hieronder) wordt aangeboden aan de respondent.***

## 16 Stellingen [versie solopraktijken]

Deze enquête bestaat uit 16 stellingen over ROM als een instrument dat u en uw cliënten kan ondersteunen bij de behandeling en begeleiding (kortweg: het primaire proces). De stellingen gaan over uw persoonlijke ervaringen en die van uw cliënten met ROM, en over de vragenlijsten en het ROM-systeem zelf (de software en de output). Beantwoord de vragen vanuit uw werksituatie als vrijgevestigde. De stellingen gaan over het feitelijk gebruik van ROM, maar ook over randvoorwaarden voor het gebruik en de houding ten aanzien van ROM. Er zijn geen goede of foute antwoorden; het is belangrijk dat u antwoordt vanuit uw eigen beleving. U moet elke vraagstelling beantwoorden, anders kunt u niet verder.

### Over het woordgebruik in de enquête

Soms worden verschillende woorden voor hetzelfde begrip gebruikt. Om de vraagstelling overzichtelijk te houden gebruiken we de volgende termen:

- **Praktijk:** Hiermee wordt een praktijk bedoeld waarin meer behandelaars (in mono- of multidisciplinair verband) faciliteiten delen (bv. ruimte, secretariaat)
- **Cliënt:** Hier kunt u ook patiënt lezen
- **Hem/hij:** Hier kunt u ook haar/zij lezen
- **Behandeling:** Hier kunt u ook begeleiding lezen
- **Behandelaar:** Hier kunt u ook begeleider lezen
- **Vragenlijsten:** Hier kunt u ook meetinstrumenten lezen
- **ROM-scores:** Dit zijn de uitkomsten van (periodieke) metingen met vragenlijsten
- **ROM-systeem:** Hiermee wordt de ICT bedoeld: de software die wordt gebruikt en de output die het oplevert.

De volgende stellingen hebben betrekking op **uzelf als behandelaar en op uw cliënten**. Geef voor elke stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens of oneens bent.

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
1. ROM is voor mij belangrijk en nuttig als aanvulling op mijn eigen klinisch oordeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ik informeer mijn cliënten vooraf over het doel en nut van ROM voor hun behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ik ben/word getraind in het gebruik en de interpretatie van ROM-scores en de terugkoppeling ervan aan cliënten. Hierbij is ook aandacht voor hoe om te gaan met ROM-scores die erop wijzen dat een cliënt niet vooruitgaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik heb voldoende kennis om de ROM-scores te kunnen interpreteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
5. Ik gebruik de ROM-scores om het beloop van de behandeling van mijn cliënten te evalueren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gedurende de behandeling koppel ik de ROM-scores terug aan mijn cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan met de behandeling, mede op basis van de ROM-scores (doorgaan, wijzigen of afronden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ik gebruik de ROM-scores om samen met mijn cliënten tussentijds de behandeling bij te stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal of multidisciplinair overleg over het behandeltraject van mijn cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mijn cliënten hebben een laagdrempelige toegang tot hun ROM-scores (bv. via een papieren uitdraai of via een cliëntportaal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn over het gebruik van ROM voor het regelmatig evalueren van hun behandeling en de bijstelling daarvan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende stellingen hebben betrekking op de **vragenlijsten** en het **ROM-systeem** zelf (de software en de output). Geef voor elke stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens of oneens bent.

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
12. De vragenlijsten in mijn ROM-systeem zijn valide (ze meten ze wat ze zouden moeten meten) en betrouwbaar (ze geven bij herhaalde afname onder dezelfde omstandigheden eenzelfde score)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. De vragenlijsten in mijn ROM-systeem zijn geschikt voor het meten van verandering bij de cliëntgroep(en) waar ik het meest mee werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
<b>14. De vragenlijsten in mijn ROM-systeem zijn geschikt voor het opstellen en evalueren van behandelplannen van mijn cliënten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15. De output vanuit mijn ROM-systeem is eenvoudig en aantrekkelijk vormgegeven</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16. Mijn cliënten krijgen vanuit mijn ROM-systeem begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling van hun ROM-scores</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Algemene vragen

Tot slot volgen nog enkele vragen over uzelf in uw werksituatie als vrijgevestigde. Ten overvloede, de ingevulde gegevens worden anoniem verwerkt en zijn niet tot u herleidbaar.

1. Wat zijn de cliëntgroepen waar u het meest mee werkt? (meer antwoorden mogelijk)

- Kinderen en jeugd
- Volwassenen - kortdurende zorg
- Volwassenen - langdurende zorg
- Ouderen - gerontopsychiatrie
- Ouderen - psychogeriatric
- Verslaafden – kortdurende zorg
- Verslaafden – langdurende zorg

2. Wat is uw beroep? (meer antwoorden mogelijk)

- Psycholoog
- Gezondheidszorgpsycholoog
- Klinisch psycholoog
- Psychotherapeut
- Psychiater (al dan niet in opleiding)
- Anders, nl. \_\_\_\_\_

3. In welke setting bent u het meest werkzaam?

- Generalistische Basis-GGZ
- Gespecialiseerde GGZ
- (Grofweg) gelijkelijk verdeeld over beide settings

4. Hoeveel dagen per week bent u werkzaam in uw praktijk?

- Minder dan 1 dag
- 1 dag tot 2 dagen
- 2 dagen tot 3 dagen
- 3 dagen tot 4 dagen
- 4 dagen of meer

5. Van welke beroepsvereniging bent u lid? (meer antwoorden mogelijk)

- NVVP (Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten)
- NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie)
- NIP (Nederlands Instituut van Psychologen)
- LVE (Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen)

6. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

7. Wat is uw leeftijd?

- Jonger dan 25 jaar
- 25-34 jaar
- 35-44 jaar
- 45-54 jaar
- 55-64 jaar
- 65 jaar of ouder

***Open vraag:***

Mist u nog iets in deze vragenlijst, of heeft u nog opmerkingen en tips? Dan kunt u dit hieronder aangeven.

**Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!**

## 17 Stellingen *[versie praktijken, delen faciliteiten]*

Deze enquête bestaat uit 17 stellingen over ROM als een instrument dat u en uw cliënten kan ondersteunen bij de behandeling en begeleiding (kortweg: het primaire proces). De stellingen gaan over uw persoonlijke ervaringen en die van uw cliënten met ROM, over uw directe werkomgeving (uw praktijk), en over de vragenlijsten en het ROM-systeem zelf (de software en de output). Beantwoord de vragen vanuit uw werksituatie als vrijgevestigde. De stellingen gaan over het feitelijk gebruik van ROM, maar ook over randvoorwaarden voor het gebruik en de houding ten aanzien van ROM. Er zijn geen goede of foute antwoorden; het is belangrijk dat u antwoordt vanuit uw eigen beleving. U moet elke vraagstelling beantwoorden, anders kunt u niet verder.

### Over het woordgebruik in de enquête

Soms worden verschillende woorden voor hetzelfde begrip gebruikt. Om de vraagstelling overzichtelijk te houden gebruiken we de volgende termen:

- **Cliënt:** Hier kunt u ook patiënt lezen
- **Hem/hij:** Hier kunt u ook haar/zij lezen
- **Behandeling:** Hier kunt u ook begeleiding lezen
- **Behandelaar:** Hier kunt u ook begeleider lezen
- **Vragenlijsten:** Hier kunt u ook meetinstrumenten lezen
- **ROM-scores:** Dit zijn de uitkomsten van (periodieke) metingen met vragenlijsten
- **ROM-systeem:** Hiermee wordt de ICT bedoeld: de software die wordt gebruikt en de output die het oplevert.

De volgende stellingen hebben betrekking op **uzelf als behandelaar en op uw cliënten**. Geef voor elke stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens of oneens bent.

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
1. ROM is voor mij belangrijk en nuttig als aanvulling op mijn eigen klinisch oordeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ik informeer mijn cliënten vooraf over het doel en nut van ROM voor hun behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ik ben/word getraind in het gebruik en de interpretatie van ROM-scores en de terugkoppeling ervan aan cliënten. Hierbij is ook aandacht voor hoe om te gaan met ROM-scores die erop wijzen dat een cliënt niet vooruitgaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik heb voldoende kennis om de ROM-scores te kunnen interpreteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ik gebruik de ROM-scores om het beloop van de behandeling van mijn cliënten te evalueren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
6. Gedurende de behandeling koppel ik de ROM-scores terug aan mijn cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan met de behandeling, mede op basis van de ROM-scores (doorgaan, wijzigen of afronden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ik gebruik de ROM-scores om samen met mijn cliënten tussentijds de behandeling bij te stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal of multidisciplinair overleg over het behandeltraject van mijn cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mijn cliënten hebben een laagdrempelige toegang tot hun ROM-scores (bv. via een papieren uitdraai of via een cliëntportaal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn over het gebruik van ROM voor het regelmatig evalueren van hun behandeling en de bijstelling daarvan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende stelling heeft betrekking op ***uw directe werkomgeving (praktijk)***. Geef aan in hoeverre u het met deze stelling eens of oneens bent.

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
12. Behandelaars, secretariaat en cliënten werken in mijn praktijk goed samen bij het afnemen van de ROM-vragenlijsten en de terugkoppeling van de scores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



De volgende stellingen hebben betrekking op de **vragenlijsten** en het **ROM-systeem** zelf (de software en de output). Geef voor elke stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens of oneens bent.

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
13. De vragenlijsten in mijn ROM-systeem zijn valide (ze meten ze wat ze zouden moeten meten) en betrouwbaar (ze geven bij herhaalde afname onder dezelfde omstandigheden eenzelfde score)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. De vragenlijsten in mijn ROM-systeem zijn geschikt voor het meten van verandering bij de cliëntgroep(en) waar ik het meest mee werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. De vragenlijsten in mijn ROM-systeem zijn geschikt voor het opstellen en evalueren van behandelplannen van mijn cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. De output vanuit mijn ROM-systeem is eenvoudig en aantrekkelijk vormgegeven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mijn cliënten krijgen vanuit mijn ROM-systeem begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling van hun ROM-scores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Algemene vragen

Tot slot volgen nog enkele vragen over uzelf. Ten overvloede, de ingevulde gegevens worden anoniem verwerkt en zijn niet tot u herleidbaar.

1. Wat zijn de cliëntgroepen waar u het meest mee werkt? (meer antwoorden mogelijk)

- Kinderen en jeugd
- Volwassenen - kortdurende zorg
- Volwassenen - langdurende zorg
- Ouderen - gerontopsychiatrie
- Ouderen - psychogeriatric
- Verslaafden – kortdurende zorg
- Verslaafden – langdurende zorg

2. Wat is uw beroep? (meer antwoorden mogelijk)

- Psycholoog
- Gezondheidszorgpsycholoog
- Klinisch psycholoog
- Psychotherapeut
- Psychiater (al dan niet in opleiding)
- Anders, nl. \_\_\_\_\_

3. In welke setting bent u het meest werkzaam?

- Generalistische Basis-GGZ
- Gespecialiseerde GGZ
- (Grofweg) gelijkelijk verdeeld over beide settings

4. Hoeveel dagen per week bent u werkzaam in uw praktijk?

- Minder dan 1 dag
- 1 dag tot 2 dagen
- 2 dagen tot 3 dagen
- 3 dagen tot 4 dagen
- 4 dagen of meer

5. Van welke beroepsvereniging bent u lid? (meer antwoorden mogelijk)

- NVVP (Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten)
- NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie)
- NIP (Nederlands Instituut van Psychologen)
- LVE (Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen)

6. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

7. Wat is uw leeftijd?

- Jonger dan 25 jaar
- 25-34 jaar
- 35-44 jaar
- 45-54 jaar
- 55-64 jaar
- 65 jaar of ouder

***Open vraag:***

Mist u nog iets in deze vragenlijst, of heeft u nog opmerkingen en tips? Dan kunt u dit hieronder aangeven.

**Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!**



## 22 Stellingen *[versie praktijken, inhoudelijke samenwerking & gezamenlijke bedrijfsvoering]*

Deze enquête bestaat uit 22 stellingen over ROM als een instrument dat u en uw cliënten kan ondersteunen bij de behandeling en begeleiding (kortweg: het primaire proces). De stellingen gaan over uw persoonlijke ervaringen en die van uw cliënten met ROM, over uw directe werkomgeving (uw groepspraktijk), en over de vragenlijsten en het ROM-systeem zelf (de software en de output). Beantwoord de vragen vanuit uw werksituatie als vrijgevestigde. De stellingen gaan over het feitelijk gebruik van ROM, maar ook over randvoorwaarden voor het gebruik en de houding ten aanzien van ROM. Er zijn geen goede of foute antwoorden; het is belangrijk dat u antwoordt vanuit uw eigen beleving. U moet elke vraagstelling beantwoorden, anders kunt u niet verder.

### Over het woordgebruik in de enquête

Soms worden verschillende woorden voor hetzelfde begrip gebruikt. Om de vraagstelling overzichtelijk te houden gebruiken we de volgende termen:

- **Groepspraktijk:** Hiermee wordt een praktijk bedoeld waarin meer behandelaars (in mono- of multidisciplinair verband) inhoudelijk samenwerken in een gezamenlijke bedrijfsvoering.
- **Cliënt:** Hier kunt u ook patiënt lezen
- **Hem/hij:** Hier kunt u ook haar/zij lezen
- **Behandeling:** Hier kunt u ook begeleiding lezen
- **Behandelaar:** Hier kunt u ook begeleider lezen
- **Vragenlijsten:** Hier kunt u ook meetinstrumenten lezen
- **ROM-scores:** Dit zijn de uitkomsten van (periodieke) metingen met vragenlijsten
- **ROM-systeem:** Hiermee wordt de ICT bedoeld: de software die wordt gebruikt en de output die het oplevert.

De volgende stellingen hebben betrekking op **uzelf als behandelaar en op uw cliënten**. Geef voor elke stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens of oneens bent.

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
1. ROM is voor mij belangrijk en nuttig als aanvulling op mijn eigen klinisch oordeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ik informeer mijn cliënten vooraf over het doel en nut van ROM voor hun behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ik heb voldoende kennis om de ROM-scores te kunnen interpreteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik gebruik de ROM-scores om het beloop van de behandeling van mijn cliënten te evalueren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gedurende de behandeling koppel ik de ROM-scores terug aan mijn cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
6. Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan met de behandeling, mede op basis van de ROM-scores (doorgaan, wijzigen of afronden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik gebruik de ROM-scores om samen met mijn cliënten tussentijds de behandeling bij te stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal of multidisciplinair overleg over het behandeltraject van mijn cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn over het gebruik van ROM voor het regelmatig evalueren van hun behandeling en de bijstelling daarvan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende stellingen hebben betrekking op de **uw directe werkomgeving (groepspraktijk)**. Geef voor elke stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens of oneens bent.

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
10. Behandelaars van mijn groepspraktijk zijn/worden getraind in het gebruik en de interpretatie van ROM-scores en de terugkoppeling ervan aan cliënten. Hierbij is ook aandacht voor hoe om te gaan met ROM-scores die erop wijzen dat een cliënt niet vooruitgaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Behandelaars van mijn groepspraktijk bespreken de ROM-scores met hun cliënten voor het evalueren en eventueel bijstellen van hun behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Onze cliënten hebben een laagdrempelige toegang tot hun ROM-scores (bv. via een papieren uitdraai of via een cliëntportaal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Het afnemen van de ROM-vragenlijsten en het terugkoppelen van de scores aan cliënten gebeurt in mijn groepspraktijk op belangrijke evaluatie-/beslismomenten gedurende de behandeling (bv. behandelplanbespreking)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
14. ROM-scores worden in intercollegiale of multidisciplinaire overleggen gebruikt om het beloop van de behandeling van cliënten te bespreken en deze eventueel bij te stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Behandelaren, secretariaat en cliënten werken in mijn groepspraktijk goed samen bij het afnemen van de ROM-vragenlijsten en de terugkoppeling van de scores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ROM-scores worden in mijn groepspraktijk teruggekoppeld aan behandelaren om van te leren (bv. om zicht te krijgen op de kenmerken van de cliënten en hun mate van herstel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. De kwaliteit van het ROM-systeem en het gebruik van ROM voor het primaire proces wordt door ons management bewaakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende stellingen hebben betrekking op de **vragenlijsten** en het **ROM-systeem** zelf (de software en de output). Geef voor elke stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens of oneens bent.

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Niet eens, niet oneens	Een beetje eens	Helemaal eens
18. De vragenlijsten in ons ROM-systeem zijn valide (ze meten ze wat ze zouden moeten meten) en betrouwbaar (ze geven bij herhaalde afname onder dezelfde omstandigheden eenzelfde score)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. De vragenlijsten in ons ROM-systeem zijn geschikt voor het meten van verandering bij de cliëntgroep(en) waar ik het meest mee werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. De vragenlijsten in ons ROM-systeem zijn geschikt voor het opstellen en evalueren van behandelplannen van mijn cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. De output vanuit ons ROM-systeem is eenvoudig en aantrekkelijk vormgegeven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Onze cliënten krijgen vanuit ons ROM-systeem begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling van hun ROM-scores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Algemene vragen

Tot slot volgen nog enkele vragen over uzelf. Ten overvloede, de ingevulde gegevens worden anoniem verwerkt en zijn niet tot u herleidbaar.

1. Wat zijn de cliëntgroepen waar u het meest mee werkt? (meer antwoorden mogelijk)

- Kinderen en jeugd
- Volwassenen - kortdurende zorg
- Volwassenen - langdurende zorg
- Ouderen - gerontopsychiatrie
- Ouderen - psychogeriatric
- Verslaafden – kortdurende zorg
- Verslaafden – langdurende zorg

2. Wat is uw beroep? (meer antwoorden mogelijk)

- Psycholoog
- Gezondheidszorgpsycholoog
- Klinisch psycholoog
- Psychotherapeut
- Psychiater (al dan niet in opleiding)
- Anders, nl. \_\_\_\_\_

3. In welke setting bent u het meest werkzaam?

- Generalistische Basis-GGZ
- Gespecialiseerde GGZ
- (Grofweg) gelijkelijk verdeeld over beide settings

4. Hoeveel dagen per week bent u werkzaam in uw praktijk?

- Minder dan 1 dag
- 1 dag tot 2 dagen
- 2 dagen tot 3 dagen
- 3 dagen tot 4 dagen
- 4 dagen of meer

5. Van welke beroepsvereniging bent u lid? (meer antwoorden mogelijk)

- NVVP (Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten)
- NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie)
- NIP (Nederlands Instituut van Psychologen)
- LVE (Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen)

6. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw



7. Wat is uw leeftijd?

- Jonger dan 25 jaar
- 25-34 jaar
- 35-44 jaar
- 45-54 jaar
- 55-64 jaar
- 65 jaar of ouder

**Open vraag:**

Mist u nog iets in deze vragenlijst, of heeft u nog opmerkingen en tips? Dan kunt u dit hieronder aangeven.

**Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!**



## Bijlage B1 Beoogde steekproef behandelaren werkzaam bij GGZ-instellingen

Aantal geselecteerde instellingen per type (n) voor elk zorgdomein en elke omvangcategorie, de procentuele verdeling en het aantal te benaderen behandelaren per instelling per omvangcategorie (N)

		Zorgdomein (n = 6)					
		Kinder en jeugd	Volwassenen kort	Volwassenen lang	Ouderen	Verslaving kort	Verslaving lang
<b>O m v a n g</b>	<b>G</b>	Geïnt. GGZ  (n=10)  46.4% N=37	Geïnt. GGZ (n=10)  78.4% N=63	Geïnt. GGZ (n=10)  RIBW (n=1)  87.9% N=40	Geïnt. GGZ (n=10)  85.7% N=43	VZ (n=5)  83.4% N=83	VZ (n=5)  87.5% N=87
	<b>M G</b>	Geïnt. GGZ  (n=1)  Amb. GGZ (n=2)  K&J (n=3)  RIAGG (n=2)  Spec (n=1)  39.8% N=35	Geïnt. GGZ  (n=1)  PAAZ (n=1)  Amb. GGZ (n=3)  RIAGG (n=2)  Spec (n=2)  PUK (n=2)  13.7% N=10	Geïnt. GGZ  (n=1)  RIAGG (n=2)  RIBW (n=1)  Spec (n=1)  12.1% N=12	Geïnt. GGZ  (n=1)  RIAGG (n=2)  Spec (n=1)  14.3% N=18	VZ (n=2)  11.4% N=28	VZ (n=2)  12.5% N=32
	<b>K</b>	Amb. GGZ (n=7)  K&J (n=6)  Spec (n=1)  13.8% N=8	PAAZ (n=10)  Amb. GGZ (n=10)  Spec (n=1)  PUK (n=1)  7.9% N=4	RIBW (n=1)  Amb. GGZ (n=1)  5.2% N=5			
<b>Totalen</b>		<b>797</b>	<b>828</b>	<b>500</b>	<b>502</b>	<b>501</b>	<b>499</b>

Geïnt. GGZ: Geïntegreerde GGZ-instelling

RIAGG: Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheid

RIBW: Regionale Instelling voor Beschermd Wonen

Spec: Gespecialiseerde instelling, gericht op een specifieke doelgroep patiënten

PAAZ: Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis

PUK: Psychiatrische UniversiteitsKliniek)

Amb. GGZ: Instelling voor ambulante GGZ

K&J: Kinder- en jeugdinstituut

VZ: Verslavingszorginstelling



## Bijlage B2 Factoranalyse behandelaren werkzaam bij instellingen

Een vuistregel bij Principale Componenten Analyse is dat een factorlading hoger moet zijn dan 0,40 op een factor en niet hoger dan 0,40 op een van de andere factoren. Verder behoort een factor uit ten minste drie items te bestaan. In Tabel 1 is de uitkomst van de PCA weergegeven. Alleen factorladingen  $\geq 0,40$  zijn vermeld.

**Tabel 1** Principale Componenten Analyse op 22 items; alle zorgdomeinen samengenomen (N=723)

#		Component			
		1	2	3	4
4	Ik gebruik de ROM-scores om het beloop te evalueren	,77			
5	Ik koppel de ROM-scores terug	,75			
6	Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan	,82			
7	Ik gebruik de ROM-scores om behandeling bij te stellen	,79			
9	Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn	,60			
1	ROM is voor mij belangrijk en nuttig	,66		,43	
2	Ik informeer mijn cliënten over ROM	,59			,43
8	Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal overleg	,63	,46		
11	Wij gebruiken ROM-scores om behandeling bij te stellen	,52	,53		
13	ROM-afname gekoppeld aan beslismomenten	,43	,59		
14	ROM-scores worden gebruikt in multidisciplinaire overleggen	,47	,68		
10	Wij zijn/worden getraind in ROM		,63		
15	Behandelaars, secretariaat en cliënten werken samen		,63		
16	ROM-scores worden in team gebruikt om van te leren		,71		
17	Management bewaakt kwaliteit		,63		
22	Cliënten krijgen begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling			,43	
18	De vragenlijsten zijn valide en betrouwbaar			,76	
19	De vragenlijsten zijn geschikt voor meten van verandering			,83	
20	De vragenlijsten zijn geschikt voor evaluatie behandelplannen			,77	
12	Onze cliënten hebben een laagdrempelige toegang		,43		,49
21	De output is eenvoudig en aantrekkelijk			,40	,59
3	Ik heb voldoende kennis om te ROM kunnen interpreteren				,60

Er is sprake van een vierfactor oplossing, met een verklaarde variantie van 63,0%. Er is in zeven gevallen wel sprake van dubbele ladingen. Dat betreft vooral stellingen over gebruik van ROM, individueel of in het team. Dit geeft aan dat tussen individueel gebruik en teamgebruik niet veel verschillen lijken te bestaan. Ondanks de vuistregel over dubbele ladingen is gekozen voor twee aparte factoren (die wel onderling correleren) en zijn de dubbel ladende items toegewezen aan de factor waarop zij het hoogst laden en/of waar zij inhoudelijk het beste bij passen. Dit leidt tot vier schalen (Tabel 2). Hiervoor is de interne consistentie (Cronbach's  $\alpha$ ) berekend (Tabel 3).

**Tabel 2** Schalen

Schaal	Bestaat uit stellingen
	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9
Gebruik van ROM in het team en organisatorische randvoorwaarden	10, 11, 13, 14, 15, 16, 17
Bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten	18, 19, 20, 22
Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar	3, 12, 21
Totaalscore	1 t/m 22

In de regel wordt bij instrumentontwikkeling een  $\alpha \geq 0,70$  als 'voldoende' betrouwbaar beschouwd, een  $\alpha \geq 0,80$  als 'goed' en een  $\alpha \geq 0,90$  als 'zeer goed'. De betrouwbaarheden van drie van de vier schalen en de totaalscore kunnen dus als '(zeer) goed' worden beoordeeld. De schaal 'Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar' heeft echter een lage betrouwbaarheid, dus uitkomsten moeten ook op itemniveau worden beoordeeld.

**Tabel 3** Betrouwbaarheden indien de schaalindeling van het totale bestand wordt gebruikt

	<i>Alles</i>	<i>K&amp;J</i>	<i>VOLK</i>	<i>VOLL</i>	<i>OUD</i>	<i>VERS</i>
Individueel gebruik en ervaren nut van ROM in de dagelijkse praktijk	,91	,89	,92	,90	,93	,89
Gebruik van ROM in het team en organisatorische randvoorwaarden	,86	,83	,87	,85	,82	,83
Bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten	,82	,78	,84	,83	,82	,84
Toegankelijkheid ROM voor cliënt en behandelaar	,51	,49	,53	,61	,48	,46
Totaalscore	,93	,91	,94	,93	,94	,92

K&J: Kinderen en Jeugd    VOLK: Volwassenen Kort    VOLL: Volwassenen Lang  
 OUD: Ouderen    VERS: Verslaving

Vanwege de dubbele ladingen zijn ook betrouwbaarheden berekend voor andere combinaties van items. Dit leidde niet tot beter schalen. De factoranalyses zijn ook op het niveau van elk zorgdomein apart uitgevoerd. De factoroplossingen kwamen voor een belangrijk deel overeen met de oplossing voor alle zorgdomeinen samen. Het aantal schalen was vier voor Volwassenen Kort en vijf voor de andere zorgdomeinen. In het geval van vijf schalen leidde dit bij Kinderen & Jeugd, Volwassenen Lang en Ouderen tot één of twee schalen met weinig items en een lage betrouwbaarheid, terwijl er bij de overige schalen geen sprake was van hogere betrouwbaarheden vergeleken met de analyse op de totale respondentgroep. Er werd gekozen voor het gebruik van de factoroplossing voor alle zorgdomeinen samen. Hierdoor is het mogelijk om de uitkomsten op schaalniveau onderling te vergelijken.

## Bijlage B3 Factoranalyse vrijgevestigden werkzaam in een solopraktijk

Een vuistregel bij Principale Componenten Analyse is dat een factorlading hoger moet zijn dan 0,40 op een factor en niet hoger dan 0,40 op een van de andere factoren. Verder behoort een factor uit ten minste drie items te bestaan. In onderstaande tabel is de uitkomst van de PCA weergegeven. Alleen factorladingen  $\geq 0,40$  zijn vermeld.

**Tabel Principale Componenten Analyse op 16 items**

#		Component			
		F1	F2	F3	F4
1	ROM is voor mij belangrijk en nuttig	,701			
5	Ik gebruik de ROM-scores om het beloop te evalueren	,787			
7	Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan	,860			
8	Ik gebruik de ROM-scores om behandeling bij te stellen	,861			
9	Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal overleg	,654			
11	Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn	,613			
14	De vragenlijsten zijn geschikt voor behandelpannen	,432	,693		
6	Ik koppel de ROM-scores terug	,675			
2	Ik informeer mijn cliënten over ROM			,601	
3	Ik ben/word getraind in ROM			,758	
4	Ik heb voldoende kennis om te kunnen interpreteren			,797	
12	De vragenlijsten zijn valide en betrouwbaar		,846		
13	De vragenlijsten zijn geschikt voor meten van verandering		,866		
10	Mijn cliënten hebben een laagdrempelige toegang				,693
15	De output is eenvoudig en aantrekkelijk				,698
16	Cliënten krijgen begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling				,759

Er is sprake van een vierfactor oplossing, met één dubbele lading (#14) en een verklaarde variantie van 65,0%. Ondanks de vuistregel over dubbele ladingen wordt item 14 toegewezen aan de factor waarop deze het hoogst laadt (F2), omdat hiermee voor F2 wordt voldaan aan de voorwaarde van minimaal drie items in een schaal. Dit leidt tot vier schalen. Hiervoor is de interne consistentie (Cronbach's  $\alpha$ ) berekend.

F1 = Gebruik en nut van ROM in de dagelijkse praktijk	( $\alpha = ,90$ )	(N=7)
F2 = Bruikbaarheid van de ROM vragenlijsten	( $\alpha = ,84$ )	(N=3)
F3 = Eigen kundigheid/kennis in het gebruik van ROM	( $\alpha = ,63$ )	(N=3)
F4 = Bruikbaarheid/toegankelijkheid van ROM- voor de cliënt	( $\alpha = ,61$ )	(N=3)
Totaalscore (alle items samen)	( $\alpha = ,89$ )	(N=16)

Er kunnen twee goede ( $\alpha \geq 0,80$ ) en twee matig betrouwbare ( $\alpha \geq 0,60$ ) schalen worden onderscheiden. In de regel wordt bij instrumentontwikkeling een  $\alpha \geq 0,70$  als voldoende betrouwbaar beschouwd. De Cronbach's  $\alpha$  is (mede) afhankelijk van het aantal items in een schaal. De beide schalen met een matige betrouwbaarheid hebben slechts drie items. Verder is de enquête niet opgezet als een meetinstrument, waarbij items zijn geformuleerd op basis van onderliggende dimensies. Een  $\alpha \geq 0,60$  is daardoor voldoende goed te noemen en bruikbaar voor verdere analyses. Bij de uiteindelijke analyses worden

ter controle ook analyses op itemniveau worden uitgevoerd. De Cronbach's  $\alpha$  van de totaalscore is (uiteraard) ook goed, maar niet beter dan die van twee van de schalen. Analyses op in eerste instantie schaalniveau zijn dus aangewezen.



## Bijlage B4 Factoranalyse vrijgevestigden werkzaam in een groepspraktijk

Overeenkomstig de methodiek die is gevolgd bij de solopraktijken is een principale componenten analyse (PCA) uitgevoerd op de 22 items van de enquête. De uitkomsten zijn weergegeven in onderstaande tabel. Ook in dit geval zijn alleen de factorladingen  $\geq 0,40$  weergegeven.

**Tabel**      **Principale Componenten Analyse op 22 items**

#		Component				
		1	2	3	4	5
1	ROM is voor mij belangrijk en nuttig	,779				
6	Ik bepaal samen met mijn cliënten hoe verder te gaan	,856				
7	Ik gebruik de ROM-scores om behandeling bij te stellen	,784				
8	Ik gebruik de ROM-scores in intercollegiaal overleg	,846				
9	Mijn cliënten geven aan tevreden te zijn	,590				
20	De vragenlijsten zijn geschikt voor evaluatie behandelplannen	,764				
16	ROM-scores worden in team gebruikt om van te leren	,736				
13	ROM-afname gekoppeld aan beslismomenten	,531	,434			
14	ROM-scores gebruikt in multidisciplinaire overleggen	,728	,468			
10	Wij zijn/worden getraind in ROM		,590			
15	Behandelaars, secretariaat en cliënten werken samen		,813			
12	Onze cliënten hebben een laagdrempelige toegang		,497			
17	Management bewaakt kwaliteit		,732			
22	Cliënten krijgen begrijpelijke en toegankelijke terugkoppeling		,418	,584		
18	De vragenlijsten zijn valide en betrouwbaar			,730		
21	De output is eenvoudig en aantrekkelijk			,709		
19	De vragenlijsten zijn geschikt voor meten van verandering	,537		,685		
4	Ik gebruik de ROM-scores om het beloop te evalueren	,669			,444	
11	Wij gebruiken ROM-scores om behandeling bij te stellen	,570			,515	
5	Ik koppel de ROM-scores terug				,778	
2	Ik informeer mijn cliënten over ROM				,819	
3	Ik heb voldoende kennis om te ROM kunnen interpreteren					,949

De PCA geeft een minder heldere oplossing dan bij de vrijgevestigden met een solopraktijk. Er is sprake bij zes items sprake van overlap én er is een vijfde factor die slechts uit één item bestaat. Verder laden sommige items niet op de factor die je inhoudelijk zou verwachten (zoals item 16). Ten slotte lijken twee factoren (1 en 4) erg op elkaar. De items zijn zoveel mogelijk op inhoud, factorladingen en betrouwbaarheid van de schalen ingedeeld. Hierbij is ook rekening gehouden met de eis dat een schaal uit ten minste drie items moet bestaan (zie omkadering). Item 3 (kennis en kunde) kan niet worden ingedeeld. Toevoegen aan een schaal verlaagt de betrouwbaarheid. Dit item wordt meegenomen op itemniveau.

F1 = Gebruik en nut van ROM in de dagelijkse praktijk	( $\alpha = ,92$ )	(N=9)
F2 = Organisatorische voorwaarden	( $\alpha = ,68$ )	(N=4)
F3 = Bruikbaarheid/toegankelijkheid van ROM	( $\alpha = ,73$ )	(N=4)
F4 = Met de cliënt de ROM-scores bespreken	( $\alpha = ,78$ )	(N=4)
Totaalscore (alle items samen)	( $\alpha = ,90$ )	(N=22)