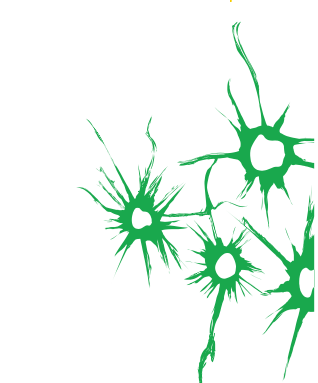




Project „Routine Outcome Measurement“: Eerste reacties van behandelaren en een inventarisatie van behandel-effecten

Master these

12 Juli 2013
Enschede, NL

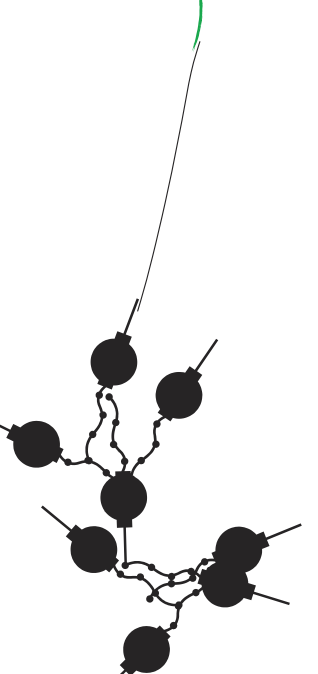


Auteur:
B. Semlianoi
S0202347

Begeleiders:
Dr. P.A.M. Meulenbeek
Dr. P.M. ten Klooster

Universiteit Twente

Faculteit
Gedragswetenschappen (GW)



UNIVERSITY OF TWENTE.

Abstract

In 2011, the project “Routine Outcome Measurement” has been introduced into a mental health institution in the Netherlands. Routine administration of questionnaires provides practitioners with valuable feedback about their patients’ progress which can help them in treatment evaluation and planning. ROM can also be used to make treatment effects visible to insurance companies. Furthermore, institutions and different departments within an institution can learn from each other and due to the vast amount of data getting accessible, it can also be used for research purposes.

Since there is not much known about practitioners’ reactions to this project, the first part of this research contains a qualitative study about attitudes and use by practitioners, and their suggestions about further implementation of ROM. For this part seven practitioners were interviewed. The second part of this research is a quantitative study about (1) change in scores of total psychological functioning and symptomatic distress of the patients over a year as measured by the Outcome Questionnaire 45, (2) the correlation between these scores and patient characteristics gender and age and (3) a comparison of the scores between two locations of the same institution. Change in total psychological functioning is measured with both group statistics and on an individual basis with the Reliability Change Index (RCI).

Analysis of the interviews led to the conclusion that ROM is only used sporadically by practitioners. There is also some evidence of resistance among practitioners to ROM. Based on the practitioners’ overall attitude and intention to use ROM in the nearby future, they could be categorized into 3 types: the critic, the hindered supporter and the ambivalent.

Based on quantitative analyses we found a significant improvement in both, the total psychological functioning and symptomatic distress. Outcomes based on the reliability change index were slightly less positive. We found no difference between the two locations. Furthermore, we did not find any correlation between patient characteristics and change in scores of psychological functioning and symptomatic distress.

Samenvatting

In 2011 werd het project “Routine Outcome Measurement” (ROM) geïmplementeerd bij een Nederlandse ggz instelling. De regelmatige afname van vragenlijsten bij patiënten dient onder andere als feedback voor behandelaren over de voortgang van de patiënt waardoor de behandeling wordt ondersteund. Andere doelen van de ROM zijn het zichtbaar maken van behandelresultaten en verantwoorden bij de zorgverzekeraars, leren van elkaar en onderzoeken.

Aangezien er niet veel bekend is over de reacties van behandelaren op het project ROM worden in het kwalitatieve deel van dit onderzoek de attitude en het gebruik van ROM door behandelaren, en hun verbeterpunten voor de verdere implementatie onderzocht. Hiervoor werden zeven behandelaren geïnterviewd. Het tweede deel van dit onderzoek bevat een kwantitatieve studie naar (1) de mate van verandering van scores op het algehele psychisch functioneren en symptomatische distress van de Outcome Questionnaire 45 (OQ45) over een jaar, (2) de samenhang tussen verandering op de gemeten scores met de patiëntkenmerken leeftijd en geslacht en (3) een vergelijking van de uitkomsten tussen twee vestigingen van dezelfde ggz instelling. De verandering op de totaalscore wordt zowel op groepsniveau als op individueel niveau met de Reliability Change index (RCI) gemeten.

Op basis van de interviews kwam naar voren dat de ROM nauwelijks wordt gebruikt door de geïnterviewden en dat er sprake is van enige weerstand. De geïnterviewden konden daarnaast op basis van de algemene attitude en intentie tot toekomstig gebruik worden ingedeeld in drie types: De criticus, de geremde voorstander en de ambivalente.

Op basis van de kwantitatieve analyses werd een significante verbetering gevonden op zowel het algehele psychisch functioneren als symptomatische distress. De resultaten op basis van de RCI waren minder positief. Er werd geen verschil gevonden tussen de twee vestigingen. Ook werd geen significante samenhang gevonden tussen de verandering op de scores en de patiëntkenmerken.

Voorwoord

Voor u ligt het verslag van mijn eindopdracht die ik in het kader van mijn master psychologie, met de specialisatie Geestelijke Gezondheidsbevordering heb uitgevoerd. Het feit dat er nu een verslag op papier staat betekent dus ook dat ik op het punt sta van de realisatie van één van mijn doelen – het afronden van mijn opleiding als psycholoog. Voordat u verder leest wil ik me graag bedanken bij een aantal mensen die mij in dit proces hebben geholpen.

Als eerste zou ik me graag willen bedanken bij mijn begeleiders Dr. P.A.M. Meulenbeek en Dr. P.M. ten Klooster voor de fijne samenwerking de laatste paar maanden. Jullie feedback heeft mij geholpen om alles goed te blijven overdenken.

Naast mijn begeleiders wil ik ook nog graag mensen in mijn directe omgeving bedanken. Als eerste wil ik me bedanken bij mijn ouders voor de mogelijkheid om te kunnen studeren. Daarnaast wil ik me bedanken bij mijn zus Katrin en haar vriendje Karel voor hun hulp en steun tijdens het afronden van mijn master. Tenslotte wil ik me ook bedanken bij mijn vrienden voor de steun, en vooral de nodige afleiding af en toe.

Britta Semlianoi

Inhoudsopgave

Abstract	2
Samenvatting.....	3
Voorwoord	4
Inhoudsopgave	5
Algemene introductie van dit onderzoek.....	6
Achtergrond van het project ROM.....	7
Inleiding	11
Deel 1: De visie van behandelaren op het project ROM	11
Theoretisch kader	13
Deel 2: Effectmetingen, de samenhang met patiëntkenmerken en vergelijkbaarheid tussen vestigingen.....	18
Methode.....	21
Deel 1: De visie van behandelaren op het project ROM	21
Deel 2: Effectmetingen, de samenhang met patiëntkenmerken en vergelijkbaarheid tussen vestigingen.....	25
Resultaten	31
Deel 1: De visie van behandelaren op het project ROM	31
Deel 2: Effectmetingen, de samenhang met patiëntkenmerken en vergelijkbaarheid tussen vestigingen.....	43
Discussie	55
Deel 1: De visie van behandelaren op het project ROM	55
Deel 2: Effectmetingen, de samenhang met patiëntkenmerken en vergelijkbaarheid tussen vestigingen.....	64
Algemene conclusie.....	70
Referenties	71
Bijlage 1 Interviewschema	75

Algemene introductie van dit onderzoek

Het project „Routine Outcome Measurement“ (ROM) werd in 2011 breed geïmplementeerd in Nederland, met de vier doelen „begeleiden en behandelen“, „leren“, „onderzoeken“ en „verantwoorden“. Het idee achter de ROM is dat er regelmatig vragenlijsten worden afgenomen bij patiënten en dat de resultaten worden terug gekoppeld aan de behandelaar. De afgenomen vragenlijsten kunnen per ggz instelling verschillen. Binnen de ggz instelling waarop dit onderzoek is gericht, werd er voor de Outcome Questionnaire 45 (OQ45) gekozen. De behandelaar kan vervolgens de terug gekoppelde uitkomsten als feedback voor de behandeling gebruiken, en hij of zij kan besluiten of de behandeling al dan niet moet worden aangepast. Op deze manier kan de behandeling mogelijk worden verbeterd.

Het project is in Nederland nog relatief nieuw en er is nog weinig bekend over hoe de implementatie van de ROM wordt ontvangen door medewerkers, en in hoeverre de scores op de afgenomen metingen van cliënten veranderen over een jaar. Om aan beide aspecten aandacht te besteden is er in dit onderzoek gekozen voor een casestudie bij een Nederlandse ggz instelling die bestaat uit een kwalitatief en een kwantitatief deel. Het eerste onderdeel is een kwalitatieve studie naar de visie van behandelaren op de implementatie van de ROM en het gebruik ervan. Het tweede onderdeel is een kwantitatieve studie naar de mate van verandering in het algehele psychisch functioneren en symptomatische distress over een jaar, de vergelijkbaarheid van de uitkomsten tussen twee vestigingen van dezelfde ggz instelling en een mogelijke samenhang tussen de scores en patiëntkenmerken.

Hieronder volgt als eerste een beschrijving van de achtergrond van het project ROM. Daarna volgen de probleemstelling, theoretische achtergrond, methode, resultaten en de discussie van beide onderdelen van het onderzoek. De genoemde onderdelen worden altijd eerst voor het kwalitatieve onderzoek (hierna ook „Deel 1“ genoemd) omschreven, daarna volgt de omschrijving van het kwantitatieve onderzoek (hierna ook „Deel 2“ genoemd).

Achtergrond van het project ROM

Sinds 2011 is Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) Nederland bezig met de brede implementatie van het project ROM (Laane & Luijk, 2012). ROM (Routine Outcome Measurement) houdt in dat er regelmatig een meting wordt afgenomen bij de cliënt over diens functioneren, de kwaliteit van leven en de ernst van de problematiek (Mulder, 2011, p.13). Met ROM worden vier doelen nagestreefd: „begeleiden en behandelen“, „leren“, „onderzoeken“ en „verantwoorden“. Deze vier doelen worden in het kader van de ontwikkeling van het project ROM hieronder nader toegelicht.

Het primaire doel: “begeleiden en behandelen”

Al ruim voor 2011 ontstond onder behandelaren en cliënten in Nederland de wens om een ROM te implementeren. De achterliggende reden was dat behandelaren “de beslissingen in de dagelijkse hulpverlening wilden optimaliseren en dat zij geloofden dat diagnostische instrumenten en screeningslijsten hierin een bijdrage konden leveren” (Delespaul, 2011, p.241). Met behulp van de regelmatige afname van vragenlijsten kan worden nagegaan in hoeverre een behandeling aanslaat bij een cliënt en of er verandering nodig is in de therapie. Hierdoor wordt niet alleen de kwaliteit van de behandeling, maar ook de efficiëntie verhoogd: De voortgang van een cliënt wordt mogelijk sneller zichtbaar op basis van regelmatig afgenomen vragenlijsten dan wanneer alleen de behandelaar een inschatting moet geven. Het primaire doel van de ROM is dus om de behandeling en begeleiding van cliënten verder te verbeteren.

Doelen “Leren” & “Onderzoeken”

Rond 2002 volgden dan ook een aantal experimenten met de ROM in Nederland. Zo werd bijvoorbeeld in 2002 de “ROM-SAS” ingevoerd bij het Rivierduinen in samenwerking met de afdeling psychiatrie van het LUMC Leiden (de Beurs, 2005 & Zitman, 2012). Het doel van de ROM was toen tweeledig. Het eerste doel was om met behulp van metingen bij aanmelding van de cliënt een inschatting te maken van de aard en ernst van de klachten. Het tweede doel was om het verloop van de therapie met follow-up metingen in kaart te brengen.

Naast cliënten en therapeuten kunnen volgens de Beurs (2005) ook onderzoekers en managers baat hebben bij een ROM. Managers kunnen therapeuten, afdelingen en teams

onderling vergelijken en er kan worden nagegaan waardoor verschillen ontstaan. Teams en afdelingen kunnen van elkaar leren waardoor de kwaliteit van zorg binnen een organisatie verhoogt. En onderzoekers zouden door de ROM toegang kunnen krijgen tot een groot databestand waarmee zij onderzoek kunnen doen naar de effectiviteit van behandelingen. Hierdoor zijn twee doelen ontstaan, namelijk „leren“ en „onderzoeken“.

Aanleiding brede implementatie: doel „verantwoorden“

Voor de brede implementatie van de ROM hebben vooral recente ontwikkelingen in de zorgwet en economische redenen gezorgd. Volgens van der Horst, van Erp en de Jong (2011) zijn de totale zorguitgaven van 8% van het bruto binnenlands product (bbp) in 1972 naar ruim 13% in 2012 toegenomen. Zij maken de prognose dat de zorguitgaven tot 2040 naar 19% tot 31% van het bbp kan stijgen. De beleidsmakers staan daarom voor de uitdaging om doelmatigheid te verhogen en te streven naar goede zorg voor een lagere prijs (van der Horst, van Erp & de Jong, 2011). Met de overheveling van de GGZ van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de basisverzekering in 2008 hebben zorgverzekeraars deze taak overgenomen. Zij moeten ervoor zorgen dat in tijden van bezuinigingen de kwaliteit van de zorg niet achteruit gaat (Laane & Luijk, 2012). Één mogelijkheid om dit doel te bereiken is door de invoering van een benchmark: Zorgverzekeraars gebruiken in dat geval kwaliteit als uitgangspunt voor de zorginkoop en doordat zorginstellingen met elkaar concurreren wordt tegelijkertijd de kwaliteit verhoogd (Laane & Luijk, 2012).

Zorgverzekeraars zien de ROM dan ook als een mogelijke kans om effecten zichtbaar te maken en mogelijk een benchmark in te voeren. De groeiende belangstelling van de zorgverzekeraars voor de ROM leidde ertoe dat in 2010 een gezamenlijk akkoord werd gesloten tussen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) om de kwaliteit van de zorg transparant te maken door middel van het aanleveren van de ROM uitkomsten (GGZ Nederland & Zorgverzekeraars Nederland, 2010). Volgens dit akkoord moet er in 2014 een landelijke benchmark van 50% van de cliënten worden bereikt (GGZ Nederland & Zorgverzekeraars Nederland, 2010).

Ontwikkeling in andere landen & eerste onderzoeken

Ook in andere landen was er een vergelijkbare ontwikkeling gaande: Zo werd er bijvoorbeeld in de Verenigde Staten het “patiënt-focused research” ingevoerd (Lambert, 2001). Een aanleiding hiervoor was onder andere dat onderzoek naar de werkzaamheid en effectiviteit van behandelingen op groepsniveau minder relevant bleek voor de praktijk, omdat behandelaren geïnteresseerd zijn in de effectiviteit van een *specifieke* behandeling bij een *individuele* cliënt (Lambert, 2001). Dit leidde ertoe dat Howard, Moras, Brill, Martinovich, en Lutz (1996) een nieuw onderzoeksparadigma voorstelden waarbij onderzoek niet gericht is op therapieën, maar op individuele patiënten.

Onderzoek in de Verenigde Staten liet in 2005 zien dat feedback inderdaad een positief effect kan hebben op de behandeling, vooral bij patiënten bij wie de behandeling niet aanslaat zoals verwacht. Met behulp van de feedback konden cliënten bij wie de behandeling minder goed aanslaat worden opgespoord (Lambert, Harmon, Slade, Whipple, & Hawkins, 2005). In dit artikel wordt de voortgang van vier verschillende groepen cliënten bij wie de behandeling niet aanslaat met elkaar vergeleken: In de eerste groep heeft noch de cliënt noch de behandelaar feedback gekregen met betrekking tot het aanslaan van de behandeling, in de tweede conditie heeft alleen de behandelaar feedback gekregen, in de derde conditie hebben beide feedback gekregen en in de vierde conditie hebben de behandelaren naast feedback ook ondersteuning gekregen door zogenoemde „clinical support tools“ (Lambert, Harmon, Slade, Whipple, & Hawkins, 2005). Vanaf het moment dat er op basis van de meting duidelijk werd dat de behandeling niet goed aanslaat zijn alle groepen patiënten verbeterd. Er is echter een aanzienlijk verschil in de mate waarin de groepen zijn verbeterd: De eerste groep patiënten waarbij niemand feedback heeft ontvangen is wellicht verbeterd ten aanzien van de signalering tijdens de tussenmeting, maar is verslechterd in vergelijking met de voormeting. De andere drie groepen patiënten zijn aanzienlijk meer verbeterd, ook in vergelijking met de voormeting aan het begin van de behandeling. Bij een vergelijking van deze vier groepen valt op dat er tijdens de eindmeting minder verslechtering en meer verbetering oftewel herstel optreedt bij de drie groepen patiënten waarin of de behandelaar of beide feedback hebben gekregen over de vooruitgang (Lambert, Harmon, Slade, Whipple, & Hawkins, 2005).

Ook Lambert (2001) heeft toen genoemd dat dit nieuwe paradigma ook voor andere doelen en partijen een grote rol kan spelen, behalve alleen voor cliënten en behandelaren. Patient-focused research zorgt naast een beter gerichte behandeling ook voor veel data voor onderzoek in de toekomst. Daarnaast noemt Lambert dat economische redenen een rol hebben gespeeld bij de ontwikkeling van het paradigma. Doordat patient-focused research mogelijk tot een meer efficiënte en effectieve behandeling kan leiden, kunnen met behulp van dit paradigma mogelijk zorgkosten worden bespaard (Lambert, 2001).

Inleiding

Deel 1: De visie van behandelaren op het project ROM

Context implementatie

Het project ROM is in de betreffende instelling nog erg nieuw. Nadat er in 2009 met een pilot werd begonnen is de ROM in 2011 pas breed ingevoerd. Volgens een interne evaluatie is de ROM inmiddels op alle afdelingen van de betreffende instelling zowel technisch als logistiek ingebed. Voorts blijkt uit de evaluatie dat de ROM al voldoende geïntegreerd is binnen het secretariaat, de focus zal nu moeten liggen op het gebruik door de behandelaren. Inhoudelijk werd in het begin van de implementatie de Symptom Checklist 90 (SCL-90) afgenomen, later is er voor een kortere, algemene vragenlijst gekozen, de Outcome Questionnaire 45 (OQ45). Volgens het implementatieplan kunnen later op basis van de adviezen door de expertkringen mogelijk meer specifieke vragenlijsten aan de ROM worden toegevoegd.

Probleemstelling

De randvoorwaarden met betrekking tot de technische implementatie zijn dus geschapen en de eerste metingen zijn binnen. Nu is het van belang om ervoor te zorgen dat de ROM een integraal onderdeel van de behandelcyclus wordt. Aangezien behandelaren diegene zijn die gebruik zouden moeten maken van de data is er in dit onderzoek ervoor gekozen om het perspectief van de behandelaar centraal te stellen. Zij moeten uiteindelijk de testuitslagen van hun cliënten gebruiken om de voortgang in de behandeling te monitoren en eventueel bij te sturen.

Tot nu toe is er echter nog maar weinig bekend over hoe behandelaren van de betreffende instelling staan ten aanzien van de implementatie van ROM, en in hoeverre zij met de data werken.

Een ander aspect waar rekening mee moet worden gehouden, is dat het gebruik van de ROM verandering betekent voor behandelaren en hun dagelijkse werkzaamheden. Een fenomeen dat bij verandering mogelijk een rol kan spelen is weerstand. Verandering of het anticiperen op verandering kan weerstand oproepen omdat deze vraagt om een wijziging in de dagelijkse routine en een aanpassing aan nieuwe omstandigheden binnen de praktijk (Oreg, 2003). Ook specifiek voor de ROM wordt ervoor gewaarschuwd dat weerstand kan

optreden, bijvoorbeeld omdat de ROM mogelijk als opgelegd wordt ervaren (Lambert, 2012), behandelaren hun eigen vermogen om behandelvoortgang te evalueren overschatten (Lambert, Harmon, Slade, Whipple, Hawking, 2005; Lambert, 2012) of omdat behandelaren bang zijn voor de consequenties van de transparantie van behandelresultaten en mogelijke benchmarks (Lambert et al., 2005; Nugter & Buwalda, 2012). Er zijn dan ook een aantal studies waarin de aanwezigheid van weerstand bij behandelaren tegenover de ROM werd gerapporteerd (Garland, Kruse & Aarons, 2003; Calally, Hyland, Coombs & Trauer, 2006; deBeurs et al., 2011; Meehan, McCombes, Hatzipetrou, & Catchpoole, 2006). In sommige gevallen heeft deze weerstand ertoe geleid dat er geen of weinig gebruik werd gemaakt van de beschikbare ROM data (Calally, Hyland, Coombs & Trauer, 2006; Garland, Kruse, & Aarons, 2003).

Samenvattend is er dus weinig bekend over de reacties van behandelaren op de implementatie van de ROM, en in hoeverre de ROM wordt gebruikt door behandelaren. Aangezien er daarnaast volgens de literatuur een kans op weerstand bestaat wordt dit mee genomen in het onderzoek. Hieruit kunnen de doelstelling en de onderzoeksvragen worden afgeleid die hieronder nader worden toegelicht.

Doelstelling & eerste onderzoeksvragen

In dit onderzoek wordt gekeken naar de algemene attitude van behandelaren ten aanzien van de implementatie van de ROM en naar het gebruik van de ROM. Hierdoor kan er ook een indicatie worden gegeven of er mogelijk sprake is van weerstand. Ook wordt gevraagd naar mogelijke behoeften van behandelaren. Op basis van deze gegevens kunnen er mogelijk waardevolle adviezen worden gegeven voor de verdere implementatie waardoor de kans op een succesvolle ROM stijgt. De onderzoeksvragen die hierop aansluiten luiden als volgt:

1. Wat is de attitude van behandelaren ten aanzien van de implementatie van de ROM en wat zijn behoeften ten aanzien van de verdere implementatie?
 - a. In hoeverre wordt de ROM gebruikt door behandelaren?

Theoretisch kader

Diffusion of innovations theorie

De diffusion of innovations theorie (Rogers, 2003) beschrijft het proces dat door mensen doorlopen wordt alvorens ze een besluit nemen om een innovatie te gaan gebruiken. Dit proces bestaat uit vijf fasen. De eerste en tweede fase bevatten vooral voorwaarden die in het individu zelf liggen, zoals kennis en attitude. De andere drie fases hebben vooral betrekking op daadwerkelijk gebruik en externe barrières die daarbij kunnen worden ervaren.

Fase 1: Kennis

Volgens Rogers begint het proces met kennis over de innovatie. Rogers maakt hierbij onderscheid tussen drie soorten kennis: de zogenoemde “awareness-knowledge”, de “how-to knowledge” en de “principles knowledge”. Met awareness knowledge wordt bedoeld dat mensen in eerste instantie moeten weten dat de innovatie bestaat. Deze kennis kan zowel op een actieve als passieve manier tot stand komen. Mensen kunnen bijvoorbeeld een bepaald belang ervaren waardoor zij actief op zoek gaan naar een innovatie die hierop aansluit. Een andere mogelijkheid is dat mensen worden blootgesteld aan informatie over de innovatie zonder een belang te ervaren.

Nadat mensen op de hoogte zijn van het bestaan van de innovatie is het vervolgens van belang dat zij geïnformeerd worden over hoe zij de innovatie moeten gebruiken (*how-to knowledge*). Mensen moeten weten hoe zij de innovatie op een correcte manier moeten toepassen in de praktijk. Het is van groot belang dat mensen deze informatie hebben gekregen voordat de innovatie wordt uitgetest en voordat de beslissing is genomen om de innovatie in te voeren. Volgens Rogers is de kans anders groot dat de innovatie niet wordt gebruikt.

Daarnaast is het wenselijk dat bekend is waarvoor de innovatie eigenlijk bedoeld is en dus op welke principes het gebaseerd is (*principles knowledge*). Rogers stelt dat het wellicht mogelijk is om een innovatie zonder deze vorm van kennis te implementeren. Echter zou de kans op verkeerd gebruik of dat de innovatie op een later moment niet meer gebruikt wordt, stijgen.

Fase 2: Overtuiging

Nadat de eerste kennis en informatie is verzameld, zullen mogelijke gebruikers vervolgens een attitude vormen ten aanzien van de innovatie. Het individu raakt psychologisch meer geïnvolveerd, hij of zij zal bijvoorbeeld meer informatie zoeken, zelf beoordelen hoe geloofwaardig deze informatie is en vervolgens beslissen hoe hij of zij de informatie wil interpreteren. Er zal een mening worden gevormd over mogelijke voor- en/of nadelen. Mensen zijn volgens Rogers (2003) ook vaak geneigd om anderen naar hun ervaringen met de innovatie te vragen. Deze informatie wordt vaak als geloofwaardiger beschouwd dan bijvoorbeeld wetenschappelijke artikelen of meldingen in de massamedia.

Op basis van de kennis en attitude die mensen over de innovatie hebben zouden zij vervolgens beslissen om de innovatie al dan niet te gebruiken. Rogers (2003) merkt echter op dat kennis en een positieve attitude vaak niet voldoende is om een innovatie ook daadwerkelijk te gebruiken. Dit wordt ook “KAP gap” (knowledge, attitude, practice) genoemd. Rogers (2003) noemt als mogelijke oplossing hiervoor de “cue-to-action”, een gebeurtenis of event die mensen eraan herinnert om actie te ondernemen.

Fase 3: Beslissing

In het volgende stadium zullen mensen een beslissing moeten nemen of zij de innovatie al dan niet willen gebruiken. Een innovatie kan echter ook al eerder zijn afgekeurd, bijvoorbeeld na de fase waarin mensen kennis hebben gemaakt met de innovatie. Ze kunnen de innovatie bijvoorbeeld simpelweg vergeten. Dit wordt ook wel passieve afkeuring genoemd. Volgens Rogers (2003) wordt de fase van de beslissing gekenmerkt door het uitproberen van de innovatie of door anderen naar hun ervaringen te vragen en ze te observeren.

Fase 4: Implementatie

Wanneer mensen hebben besloten om de innovatie te gebruiken volgt de fase van de implementatie. In deze fase staat het actieve gebruik van de innovatie centraal. Om ervoor te zorgen dat mensen de innovatie gebruiken moeten zij in deze fase in ieder geval geïnformeerd zijn over de manier waarop zij de innovatie moeten toepassen, welke problemen er mogelijk kunnen ontstaan of optreden tijdens het gebruik en wie zij om hulp

kunnen vragen. Wanneer mensen beginnen een innovatie te gebruiken kan er daarnaast ook modificatie van de innovatie zelf optreden: de innovatie wordt gemodificeerd zodat deze beter past binnen de setting.

Fase 5: Bevestiging

De beslissing om een innovatie al dan niet te gebruiken kan echter nog veranderen. In deze fase wordt de voorheen gemaakte beslissing al dan niet bevestigd. Er zijn vier mogelijkheden: Na een vroegere beslissing om de innovatie te gebruiken kunnen mensen later ervoor kiezen om de innovatie verder te gebruiken (*Continued adoption*) of om de innovatie niet meer te gebruiken (*Discontinuance*). Wanneer mensen eerder hebben besloten om de innovatie niet te gebruiken kunnen mensen in een latere fase hieraan vasthouden (*Continued rejection*) of toch nog ervoor kiezen om de innovatie wel te gebruiken (*Later adoption*). Over het algemeen gebeurt het minder vaak dat een beslissing verandert. Mensen zijn over het algemeen geneigd om informatie op te zoeken die past bij een beslissing die zij voorheen hebben gemaakt. Wanneer de innovatie op een later moment toch wordt afgekeurd kan er bijvoorbeeld sprake zijn van ontevredenheid over de innovatie of er bestaat een beter alternatief. Een innovatie kan ook worden gebruikt nadat deze eerst is afgekeurd, bijvoorbeeld doordat men positieve berichten van anderen heeft gehoord, meer positieve informatie heeft gekregen of doordat men zelf positieve ervaringen heeft gemaakt met de innovatie nadat men op basis van externe druk gedwongen was om de innovatie uit te proberen.

De diffusion of innovations theorie als leidraad voor dit onderzoek

Zoals eerder benoemd bevatten vooral de eerste twee fasen belangrijke voorwaarden waaraan moet worden voldaan om een innovatie te kunnen gebruiken. Aangezien er tot nu toe niet bekend is in hoeverre de ROM überhaupt wordt gebruikt, dienen vooral deze twee fasen als achtergrond voor de volgende subvragen, die hieronder nader worden toegelicht. De andere drie fases hebben betrekking op het daadwerkelijke gebruik van de ROM, en externe barrières die daarbij kunnen worden ervaren. Daarom werd in dit onderzoek ook gekeken naar het gebruik van de ROM door behandelaren (vergelijk Vraag 1a) en mogelijke verbeterpunten. De theorie wordt daarnaast ook gebruikt tijdens de analyse van de interviews (zie Methode, deel 1).

Kennis & Self efficacy

Op basis van de eerste fase van de diffusion of innovations theorie komt naar voren dat kennis en informatie over de innovatie een belangrijke, eerste voorwaarde vormt voor de beslissing om al dan niet een innovatie te gaan gebruiken. Het alleen krijgen van uitleg en informatie over een innovatie hoeft echter nog niet te betekenen dat dit ook voldoende is om de innovatie later te kunnen gebruiken. Mensen moeten ook het gevoel hebben dat zij in staat zijn het gevraagde gedrag te kunnen uitvoeren. Een belangrijke rol hierbij speelt „self-efficacy“: Self efficacy is de mate waarin iemand denkt in staat te zijn bepaald gedrag te tonen (Bandura, 1982). Self efficacy is een goede voorspeller van gedrag omdat afwegingen over de eigen vermogens de keuze van het gedrag en de mate van inspanningen hiervoor beïnvloeden (Bandura, 1977).

Naast de *feitelijk* verkregen informatie speelt dus ook het *gevoel* in staat te zijn om het gedrag te kunnen uitvoeren een rol. Daarom luidt de volgende onderzoeksvraag:

Vraag 1b) *In hoeverre voelen behandelaren zich geïnformeerd over de ROM?*

Attitude

Een tweede belangrijke voorwaarde voor de beslissing om de ROM te gebruiken is de attitude. Aangezien uit eerder onderzoek bleek dat behandelaren zowel onvrede kunnen ervaren ten aanzien van het nut van de ROM op zich maar ook over de bruikbaarheid van het instrument (Callaly, Hyland, Coombs, & Trauer, 2006; Garland, Kruse, & Aarons, 2003), wordt in dit onderzoek hierin onderscheid gemaakt. Dit resulteert in de volgende twee vragen:

Vraag 1c) *Wat is de attitude van behandelaren ten aanzien van de ROM?*

Vraag 1d) *Wat is de attitude ten aanzien van de OQ45?*

Verbeterpunten

Aangezien aan de hand van dit onderzoek ook een advies wordt gegeven aan de betreffende instelling over de implementatie van de ROM zal er ook naar eventuele verbeterpunten worden gevraagd.

Vraag 1e) *Wat zijn volgens behandelaren verbeterpunten ten aanzien van de ROM en de implementatie ervan?*

Onderzoeksvragen: Visie van de behandelaren op de ROM

Hieronder volgt een overzicht van de onderzoeksvragen met betrekking tot de visie van behandelaren op de ROM van het kwalitatieve deel van het onderzoek.

1. Wat is de attitude van behandelaren ten aanzien van de implementatie van de ROM en wat zijn behoeften ten aanzien van de verdere implementatie?
 - a. In hoeverre wordt de ROM gebruikt door behandelaren?
 - b. In hoeverre voelen behandelaren zich geïnformeerd over de ROM?
 - c. Wat is de attitude van behandelaren ten aanzien van de ROM?
 - d. Wat is de attitude van behandelaren ten aanzien van de OQ45?
 - e. Wat zijn volgens behandelaren verbeterpunten ten aanzien van de ROM en de implementatie ervan?

Deel 2: Effectmetingen, de samenhang met patiëntkenmerken en vergelijkbaarheid tussen vestigingen

Hieronder volgt de inleiding van het tweede gedeelte van dit onderzoek. De probleemstelling, doelstelling en de onderzoeksvragen van het kwantitatieve onderzoek naar de mate van verandering op het algehele psychisch functioneren en symptomatische distress over een jaar, de samenhang tussen de patiëntkenmerken leeftijd en geslacht met de verandering op het algehele psychisch functioneren en symptomatische distress en de vergelijkbaarheid van twee vestigingen wat betreft de uitkomsten, wordt hieronder uiteen gezet.

Zoals eerder genoemd was een van de achtergronden van de ontwikkeling van de ROM de vraag naar een nieuw onderzoeksparadigma, de patient-focused research. Voor de ontwikkeling van de patient-focused research werd met behulp van gerandomiseerde gecontroleerde trials onderzoek gedaan naar de effecten van behandeling op groepsniveau (Nugter & Buwalda, 2012). Dit gebeurde onder erg gecontroleerde omstandigheden, met strenge in- en exclusiecriteria voor de patiënten (Nugter & Buwalda, 2012). Deze voorwaarden gingen echter ten koste van de generaliseerbaarheid van de resultaten omdat de praktijk meestal complexer is en patiënten in de praktijk bijna nooit aan dergelijke in- en exclusiecriteria voldoen (Nugter & Buwalda, 2012). Met de invoering van het nieuwe paradigma, en specifiek de ROM in Nederland, is het nu mogelijk om behandel-effecten bij individuele patiënten in de dagelijkse praktijk te meten. Dit is van belang omdat er voor het eerst behandel-effecten bekend worden zoals deze in de werkelijkheid bij individuen worden aangetroffen.

Aangezien vergelijkbare metingen ook transparant zijn voor zorgverzekeraars en er mogelijk later een landelijke benchmark wordt ingevoerd, is het ook voor de betreffende instelling van belang om naar de eerste beschikbare gegevens te kijken. Zorgverzekeraars zijn geïnteresseerd in metingen van drie verschillende domeinen: klachten, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven (van Hees, van der Vlist & Mulder, 2011). Op het moment dat dit onderzoek werd uitgevoerd was er in de betreffende instelling alleen data beschikbaar van de totaalscore (algehele psychisch functioneren) en de subschaal symptomatische distress van de OQ45. Echter geven deze gegevens al de mogelijkheid tot een eerste inventarisatie van veranderingen in het algehele psychisch functioneren en op

klachtenniveau (de Jong, Nugter, Lambert, & Burlingame, 2009). Daarom werd er in dit onderzoek gekeken naar veranderingen op de totaalscore en op de subschaal symptomatische distress over een jaar. De onderzoeksvragen luiden als volgt:

Vraag 2a) In hoeverre verandert de totaalscore van patiënten over een jaar?

Vraag 2b) In hoeverre veranderen scores op de subschaal symptomatische distress van patiënten over een jaar?

Volgens Nugter en Buwalda (2012) zijn gegevens over behandel-effecten alleen nuttig als er ook data beschikbaar is over mogelijke verklaringen. Deze verklaringen kunnen bijvoorbeeld gezocht worden in variabelen die data bevatten over de structuur, het proces van de zorglevering of patiëntkenmerken (Nugter & Buwalda, 2012). Op het moment dat dit onderzoek werd uitgevoerd waren er alleen data beschikbaar over enkele patiëntkenmerken. Daarom werd in dit onderzoek gekeken naar de samenhang tussen de behaalde effecten en de patiëntkenmerken geslacht en leeftijd. Dit sluit aan bij het doel om op lange termijn patiënten sneller toe te kunnen wijzen aan de voor hun passende behandeling („*matching*“, zie de Beurs, 2005) en het behandel-succes te voorspellen. Op basis hiervan luidt de volgende onderzoeksvraag:

Vraag 3) Wat zijn de kenmerken van patiënten, wat betreft geslacht en leeftijd die verbetering alsook verslechtering laten zien?

Daarnaast zijn er ook eerste gegevens beschikbaar vanuit verschillende vestigingen van de betreffende instelling. Hierdoor kunnen vestigingen van de betreffende instelling met elkaar worden vergeleken. Met behulp van deze gegevens kan er worden gekeken in hoeverre behandel-effecten vergelijkbaar zijn. Wanneer de effecten verschillen kunnen vestigingen en behandelaren mogelijk van elkaar leren waardoor de kwaliteit van behandelingen verder verbetert. Dit is niet alleen van belang voor de cliënten, maar ook de organisatie kan hiervan profiteren: Managers hebben op basis van de aangeleverde data meer zicht op behandel-effecten en mogelijke verschillen tussen vestigingen, waardoor zij beter kunnen aansturen op kwaliteitsverbetering. Dit kan positieve effecten hebben op de marktpositie van de organisatie, omdat zij ten eerste transparant kan aantonen welke effecten er worden geboekt en ten tweede doordat zij in tegenstelling tot andere instellingen die nog geen data

hierover hebben, alvast een mogelijkheid creëert om hiervan te leren en de kwaliteit verder te verbeteren.

De onderzoeksvraag die hierop aansluit luidt:

Vraag 4) Zijn er verschillen tussen twee vestigingen van dezelfde ggz instelling wat betreft verandering in de scores op a) de totaalscore en b) symptomatische distress?

Methode

Deel 1: De visie van behandelaren op het project ROM

Voor het onderzoek naar de visie van behandelaren op het project ROM werden een aantal interviews afgenomen. Hieronder volgt een omschrijving van de opbouw van dit interview, de analysemethode en een beschrijving van de respondenten van de kwalitatieve studie naar de visie van behandelaren op de ROM.

Het interview

Naar aanleiding van het literatuuronderzoek zijn er een aantal attenderende begrippen, oftewel “sensitizing concepts” naar voren gekomen. Deze begrippen fungeren als zoeklicht in het analyseproces. De begrippen luiden als volgt: Awareness knowledge, Principles Knowledge, How-to knowledge, Attitude, self efficacy en gebruik door de zorgverzekeraar. Met uitzondering van het laatste begrip werden op basis hiervan een aantal vragen geformuleerd. Het gebruik van de gegevens door de zorgverzekeraar, oftewel de transparantie van de behandelresultaten bleek vanuit de literatuur al een gevoelig en grotendeels negatief gekleurd onderwerp te zijn (Lambert et al., 2005; Nugter & Buwalda, 2012). Aangezien een dergelijk onderwerp de antwoorden op meer algemene vragen naar de attitude kan beïnvloeden werd ervoor gekozen om hier niet expliciet naar te vragen. Hiernaast werd gevraagd of en in hoeverre de ROM wordt gebruikt om een indicatie te krijgen van het gebruik van de ROM door behandelaren. Aangezien het onderzoek onder andere ervoor dient om adviezen te geven over het vervolg van de implementatie werd ook gevraagd naar verbeterpunten. Wat betreft de volgorde van de interviewvragen werd ervoor gekozen dat in ieder geval de vraag naar de bekendheid met de ROM, de functie van de geïnterviewde en de vraag naar de algemene attitude met betrekking tot de implementatie van de ROM aan het begin worden gesteld. De eerste twee vragen zijn simpele vragen waardoor de geïnterviewde op zijn gemak kan worden gesteld. De laatst genoemde vraag is een brede openingsvraag en wordt aan het begin gesteld om een inventarisatie van de attitude van de deelnemer te kunnen maken zonder mogelijke beïnvloeding door andere vragen (bijvoorbeeld vragen over kennis). Daarnaast werd op basis van praktische voorbeelden uit het boek “Interviewen: Theorie, techniek en training” (Emans, 1990) een introductie en afsluiting geschreven. Het volledige interviewschema kan worden ingezien in bijlage 1.

Analyse

De interviews werden volledig uitgetypt met uitzondering van irrelevante fragmenten. Met irrelevante fragmenten worden bijvoorbeeld opmerkingen, grapjes of vragen aan de interviewer bedoeld die geen betrekking hebben op de onderzoeksvragen. Vervolgens werden per interview samenhangende fragmenten opgespoord en voorzien van een code. Dit wordt ook wel “open codering” genoemd. Hierbij werden de technische stappen van Boeije (2008, p.88) gevolgd. Er werd zo lang doorgegaan met deze fase totdat er “verzadiging” optrad, oftewel totdat de bestaande codes alle tekstfragmenten konden omschrijven en er geen nieuwe codes meer nodig waren. Aan het eind van deze fase ontstond er een lijst met alle codes. Tijdens het axiaal coderen werden deze codes geordend op basis van zowel de vooraf vastgestelde attenderende begrippen als begrippen die uit de data zelf nog voortkwamen. Het resultaat hiervan was een volledige codeboom, welke nog werd aangevuld met kwantitatieve notities over het aantal keren dat de code werd genoemd en of dit op een positieve dan wel negatieve manier gebeurde. Zie hiervoor ook Tabel 1, onder resultaten. Op deze manier konden al snel vaak genoemde concepten worden opgespoord die van belang zijn. De concepten die door meer dan vier personen werden genoemd en die betrekking hadden op de attenderende begrippen werden vervolgens nader omschreven.

Dit bleek echter niet voldoende om de gevonden variatie met betrekking tot de mate van gebruik van de ROM te verklaren. Hiervoor werden ook de codes per interview geordend volgens de eerder genoemde attenderende begrippen. Tijdens de selectieve codering werd op een meer algemeen niveau gekeken naar de resultaten en de samenhang tussen de categorieën. Hierbij is opgevallen dat behandelaren erin verschillen in hoeverre zij een min of meer uitgesproken intentie of mening hebben ten aanzien van het gebruik van de ROM. Hierdoor was een grove indeling van de respondenten in drie types mogelijk. Deze typologie heeft tot een samenhangend en begrijpelijk overzicht geleid tussen de categorieën.

Bij een vergelijking van het interviewmateriaal met de fasen van de diffusion of innovations theorie viel echter op dat belangrijke informatie over de achtergrond van de intentie niet helemaal werd gedekt door de algemene omschrijving van de types. Daarom werd ervoor gekozen om naast een algemene schets per type nog een nuancering aan te brengen op basis van de fasen van de diffusion of innovations theorie.

Procedure werving & selectie

Er werd besloten om de interviews op de afdeling “kortdurende behandeling voor volwassenen” van de betreffende instelling af te nemen. Samen met de teammanager van de genoemde afdeling werd een lijst opgesteld met personen die voor een interview over de ROM in aanmerking zouden komen. Uiteindelijk werden hiervan acht mensen geselecteerd. Bij de selectie werd verder rekening gehouden met de functie van de behandelaren zodat er een zo representatief mogelijk beeld kon worden geschetst van de afdeling. Daarnaast speelden ook meer praktische redenen een rol, zoals bereikbaarheid en tijd. Er was dus sprake van “convenience sampling”.

De geselecteerde behandelaren kregen een mail met algemene informatie over het onderzoek en een uitnodiging om eraan deel te nemen. Vervolgens werden de behandelaren persoonlijk of via e-mail benaderd voor een afspraak. Alle behandelaren waren bereid om mee te doen met het onderzoek. Vooraf aan het interview hebben alle behandelaren het Informed Consent ingevuld. Alle behandelaren hebben ermee ingestemd dat het interview via geluidsopname werd opgenomen en dat er aantekeningen werden gemaakt.

Later bleek dat één van de respondenten echter bij een andere afdeling hoorde. Aangezien dit interview echter nuttige en aanvullende informatie gaf voor het verdere implementatieproces binnen het bedrijf werd ervoor gekozen om het interview alsnog te analyseren.

Respondenten

In totaal werden acht behandelaren benaderd voor deelname aan het interview waarvan iedereen bereid was mee te doen aan het onderzoek. De respons is dus 100%. Één interview werd op basis van redenen die buiten het onderzoek staan niet mee genomen in het onderzoek.

Uiteindelijk werden dus in totaal zeven interviews volledig verwerkt. Van de zeven geïnterviewde behandelaren werken er twee als sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, één als verpleegkundig specialist, één als klinisch psycholoog, één als gezondheidszorg (gz) psycholoog, één als systeemtherapeut/sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en één als psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog. Zes van de geïnterviewden werken op de afdeling

“kortdurende behandeling voor volwassenen”, één deelnemer werkt op een andere afdeling. Twee van de zeven geïnterviewden zijn mannen.

Deel 2: Effectmetingen, de samenhang met patiëntkenmerken en vergelijkbaarheid tussen vestigingen

Hieronder volgt een beschrijving van het instrument, de sampling procedure, de twee databestanden en de uitgevoerde analyses die gebruikt werden voor het kwantitatieve onderzoek naar de mate van verandering op de totaalscore en op de subschaal symptomatische distress, de vergelijkbaarheid tussen de twee vestigingen en de samenhang tussen patiëntkenmerken en verandering op de eerder genoemde scores.

De Outcome Questionnaire 45 (OQ45)

Bij de twee vestigingen van de betreffende Nederlandse ggz instelling werd ervoor gekozen om de behandel effecten met de Outcome Questionnaire 45 (OQ45) te meten. De OQ45 is een korte vragenlijst waarmee zowel psychische klachten en symptomen, als ook aspecten worden gemeten die van invloed zijn op de algemene kwaliteit van leven, zoals het interpersoonlijk functioneren en het functioneren in de maatschappelijke rol (de Jong, Nugter, Lambert, & Burlingame, 2009). Deze drie domeinen geven samen een indicatie van het algehele psychisch functioneren van de patiënt (de Jong, Nugter, Lambert, & Burlingame, 2009).

De OQ45 bevat in totaal 45 stellingen waarop op een 5 punts Likert schaal van “nooit” tot en met “bijna altijd” kan worden aangegeven in hoeverre deze van toepassing zijn voor de cliënt. Naast de totaalscore zijn er drie subschalen: (1) ernst van de symptomen oftewel “symptom distress” (SD), (2) interpersoonlijk functioneren, oftewel “Interpersonal relations” (IR) en (3) maatschappelijk functioneren, oftewel “Social Role” (SR). De range van de totaalscore gaat van 0 tot 180 punten. Voor alle schalen geldt dat hoe lager de score, des te beter is het welbevinden van de patiënt. De grensscore (cut-off) van de totale schaal is voor de Nederlandse populatie 55, en de grensscore van de subschaal „symptomatische distress” is 33 (de Jong, Nugter, Lambert, & Burlingame, 2009). Scores die gelijk, of hoger zijn dan de genoemde grensscores behoren tot de disfunctionele range (de Jong, Nugter, Lambert, & Burlingame, 2009). Daarnaast zijn er aparte normen voor mannen en vrouwen beschikbaar, niet voor de totale groep. Hieronder volgt per subschaal een voorbeelditem:

Item 10: “Ik ben angstig” (Symptomatische Distress)

Item 16: “Ik maak me zorgen over problemen in mijn familie” (interpersoonlijk functioneren)

Item 12: “Ik vind bevrediging in mijn school/werk” (maatschappelijk functioneren)

Uit onderzoek blijkt dat de OQ45 voldoende betrouwbaar en valide is (Lambert et al., 1996). Met betrekking tot de betrouwbaarheid van de OQ45 rapporteren Lambert et al. (1996) bijvoorbeeld een excellente interne consistentie (Cronbach's $\alpha = .91$ voor symptomatische distress subschaal en $\alpha = .93$ voor de totaalscore) en een goede test-hertest betrouwbaarheid. Een goede validiteit van de totaalscore en de subschaal symptomatische distress blijkt verder uit de gevonden hoge samenhangen met tests als de Zung Self Rating Depression Scale, de Beck Depression Inventory, de Taylor Manifest Anxiety Scale, de State Trait Anxiety Inventory en de global distress criteria (Lambert et al., 1996). Lambert et al. (1996) concluderen verder dat de OQ45 voldoende gevoelig is voor verandering en goed onderscheid kan maken tussen patiënten en de normale populatie.

Sampling procedures

Voor de analyse van de kwantitatieve gegevens werden interne ROM gegevens tussen de periode April 2011 en April 2012 van de afdelingen “Kortdurende behandeling voor volwassenen” van twee verschillende vestigingen van een Nederlandse ggz instelling aangevraagd binnen de instelling. Om de twee vestigingen te kunnen vergelijken werden verder de data van behandelprogramma's verwijderd die alleen bij één van de twee vestigingen aanwezig zijn. Dit betreft het programma voor eetstoornissen (alleen vestiging B), seksuologie (alleen vestiging B) en psychosomatiek (alleen vestiging B). Er werd ook nog een tweede bestand beschikbaar gesteld welke valide start- en eindmetingen bevatte. Hieronder volgt een nadere beschrijving van de twee bestanden.

Bestand 1 (totale groep)

Het eerste bestand bevat in totaal de metingen van 1096 patiënten. De begin- en eindmetingen op de OQ45 waren in dit bestand niet bekend. Het eerste meetmoment betekent hier de eerste meting van de betreffende patiënten in de periode April 2011 tot April 2012. Sommige van deze patiënten kunnen al langer in behandeling zijn zodat de eerste meting dus eigenlijk een tussenmeting is. Hetzelfde geldt voor de laatste meting: De laatste meting betekent de laatst afgenomen meting bij de patiënten in de al eerder genoemde periode. Dit hoeft dus geen eindmeting te zijn. Daarnaast is niet bekend hoeveel behandelsessies de patiënten in de tussentijd hebben gehad.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 43.3 jaar (SD=10.94 jaar). Hiervan waren 42.7% mannelijk en 54.9% vrouwelijk. De procentuele verdeling van de clusterdiagnoses van het hele bestand kan worden terug gevonden in Tabel 1.

Tabel 1 De procentuele verdeling van de clusterdiagnoses van bestand 1 (N=1096)

Clusterdiagnose	n (aantal in getallen)	% (percentage)
Aan een middel gebonden stoornissen	11	1,0
Aanpassingsstoornissen	62	5,7
Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	67	6,1
Angstoornissen	184	16,8
Betrokkene is niet gediagnosticeerd omdat dit voor de probl.	1	,1
Bijkomende codes/ geen diagnose	29	2,6
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	2	,2
Dissociatieve stoornissen	2	,2
Eetstoornissen	6	,5
Persoonlijkheidsstoornissen	141	12,9
Psychische stoornissen door een somatische aandoening	5	,5
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	27	2,5
Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	2	,2
Slaapstoornissen	10	,9
Somatoforme stoornis	23	2,1
Stemmingsstoornissen	349	31,8
Stoornissen in de impulsbeheersing	19	1,7
Stoornissen in de kindertijd	130	11,9
Totaal	1096	100,0

Bestand 2 (selectie valide start- en eindmeting)

Het tweede bestand bevat in totaal de metingen van 224 patiënten. In dit bestand zijn er maar twee metingen opgenomen, namelijk de begin- en eindmeting. Hier gaat het dus wel

om de eerste meting en de laatste meting van de patiënten. Daarnaast werd binnen de betreffende instelling afgesproken dat een startmeting alleen valide is wanneer deze drie maanden voor of na het eerste behandelcontact is uitgevoerd. Hetzelfde geldt voor de eindmeting, ook deze moet in een periode van drie maanden voor dan wel na het laatste behandelcontact zijn afgenomen. Dit kon in het betreffende bestand worden achterhaald en er bleven in totaal 67 valide metingen over. Er is niet bekend hoeveel behandelsessies de patiënten uit dit bestand hebben gehad.

De gemiddelde leeftijd van deze 67 patiënten was 44.30 jaar (SD=10.45). Van de 67 patiënten waren 53.7% mannelijk en 46.3% vrouwelijk. De procentuele verdeling van de clusterdiagnose kan worden terug gevonden in tabel 2.

Tabel 2 De procentuele verdeling van de clusterdiagnoses van bestand 2 (N=67)

Clusterdiagnose	n (aantal in getallen)	% (percentage)
Aanpassingsstoornissen	7	10.4
Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	7	10.4
Angsstoornissen	11	16.4
Bijkomende codes/ geen diagnose	3	4.5
Eetstoornissen	1	1.5
Persoonlijkheidsstoornissen	7	10.4
Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	1	1.5
Slaapstoornissen	2	3.0
Stemmingsstoornissen	18	26.9
Stoornissen in de impulsbeheersing	1	1.5
Stoornissen in de kindertijd	9	13.4
Totaal	67	100.0

Statistische analyses

Hieronder volgt de beschrijving van de uitgevoerde metingen om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Alle metingen werden bij beide bestanden uitgevoerd.

Totaalscore

De mate van verandering op de totaalscore werd ten eerste met de t toets voor gekoppelde paren berekend. Met de t toets voor gekoppelde paren werd gekeken of er een significant verschil op groepsniveau is tussen de eerste en laatste meting. De t toets voor onafhankelijke steekproeven werd gebruikt om te kijken of er een verschil is tussen de twee vestigingen wat betreft de gemiddelde verschillscore (=laatste meting – eerste meting).

Daarnaast werd de mate van verandering op de totaalscore berekend op basis van de Reliability Change Index (RCI). Deze index bevat meer strenge criteria waaraan de scores van individuele patiënten moeten voldoen wanneer men van herstel of verbetering wil spreken. Met behulp van deze index kunnen veranderingen op de totaalscore per patiënt worden ingedeeld in vier categorieën: “herstel”, “verbetering”, “geen verandering” of “verslechtering”. Voor deze categorieën bestaan vaste normen ten opzichte van de mate van verandering. Wanneer het verschil tussen de eerste en laatste meting kleiner of gelijk is aan -14 en de laatste meting kleiner of gelijk is aan 55 spreekt men van “herstel”. Bij een verschil dat kleiner of gelijk is aan -14 en een laatste meting die hoger ligt dan 55 is er sprake van “verbetering”. Wanneer het verschil groter is dan -14 en kleiner dan 14 is er “geen verandering” en bij een verschil dat groter of gelijk is aan 14 is er sprake van “verslechtering”. Met behulp van de kruistabel werd inzichtelijk hoeveel patiënten voldoen aan de vier verschillende criteria. Op basis van de chi-kwadraat toets werd gekeken of er een verschil is tussen de twee vestigingen wat betreft de verdeling van de patiënten over de vier categorieën.

Met behulp van de Kruskal Wallis toets werd getest of er een verschil is in de mediaan van de RCI in de verschillende leeftijdscategorieën, en/of per geslacht.

Symptomatische distress

Met behulp van de Wilcoxon rangtekentoets werd getest of er een verschil is tussen de eerste en laatste meting op symptomatische distress.

Om een verschil tussen de twee vestigingen te meten werd ten eerste de verschillscore tussen de eerste en laatste meting op symptomatische distress berekend. Aangezien de verschillscore niet normaal verdeeld was werd de Mann Whitney test gebruikt om het

verschil tussen de vestigingen te onderzoeken. De samenhang tussen de verschillscore en de patiëntkenmerken geslacht en leeftijd werd onderzocht met de Spearman correlatieanalyse.

Resultaten

Deel 1: De visie van behandelaren op het project ROM

De codes en "Universele" concepten

In dit hoofdstuk worden de gevonden resultaten met betrekking tot het kwalitatieve onderzoek naar de visie van behandelaren op de ROM weergegeven.

Hieronder volgt een tabel met de genoemde concepten (codes) per topic van het interview. Daarnaast kan worden gezien hoe vaak, en of het concept positief dan wel negatief werd benoemd.

Tabel 3: De codeboom van de interviewanalyse, samen met het aantal keren en de richting dat een code is genoemd

Code	Aantal keren genoemd	Positief/aanwezig	Negatief/niet aanwezig
<u>Informatie/Kennis</u>			
Awareness ROM	7	7	
Uitleg principes	7	7	
Uitleg gebruik	7	6	1
Self efficacy toepassing	7	4	3
Informatieverstrekking vooraf	4	3	1
Tegenwoordig begeleiding	4		4
<u>Attitude</u>			
<u>a) Implementatieproces</u>			
Opgelegd	5		5
Medezeggenschap implementatieproces	3	1	2
Werkelijke reden anders dan gesuggereerd	3		3
Financieel motief	2		2
Eigen belang	3	1	2
Kritische kijk professionals mist	3	3	
Verwachtingen > mogelijkheden	1	1	
Informatieverstrekking vooraf	4	3	1
Tegenwoordige begeleiding	4		4
Praktische inbedding	3		3
<u>b) ROM</u>			
Feedbackinstrument	6	6	
Resultaten	4		4

vergelijken/benchmarken			
Zorgen over gebruik door zorgverzekeraars	5		5
Transparantie behandeling	1	1	
Cliëntenperspectief	3	3	
Geschiktheid diverse doelgroepen	3		3
Signalering risicogroepen	1	1	
Gebruikersvriendelijkheid	3		3
meerwaarde	4	1	3
<u>c) OQ45</u>			
Potentiële meerwaarde	7	3	4
Niet eenduidig	3		
Te globaal	2		
Voorspellende waarde	1	1	
Niet geschikt voor alle doelgroepen	3		
Tijdrovend voor cliënt	1		
Zuiver totaalbeeld behandel-effect	6		6
<u>Gebruik</u>			
Geen prioriteit	6		
Op aanvraag cliënt	3		
<u>a) Hindernissen</u>			
Vergeten	4		
Tijdsprobleem	4		
Niet ingevuld	4		
Verkeerd ingevuld	1		
<u>b) Manier van gebruik</u>			
Vergelijken met eigen indruk	5		
Bespreken met cliënt	4		
Evaluatie	2		
Lijdensdruk inschatten, screening	2		
<u>Verbeterpunten</u>			
<u>a) Implementatieproces</u>			
Kritische kijk professionals	4		
Training gebruik	2		
Gezamenlijke bespreking	2		
Aanspreekpunt bij vragen	2		
Uitleg nut	1		
Druk vanuit organisatie	1		
Niet verplicht stellen voor iedereen	1		
<u>b) Instrument</u>			
Betere/meer lijsten	3		
Settingsspecifieke lijst	2		
Groepsspecifieke lijst	2		
Keue test inhoudelijk	2		
Keuze door beste	1		

behandelaren	
Op meerdere dimensies meten	1
<u>c)</u> <u>Gebruikersvriendelijkheid/</u> <u>randvoorwaarden</u>	
Synchronisatie met evaluatiemoment	3
Timing testafname beter afstemmen	1
Meer voorbereidingstijd	1
<u>d) Cue-to action</u>	
ROM actueel maken	5
attendering	5

Op basis van de tabel valt op dat er een aantal concepten herhaaldelijk en door verschillende deelnemers werden genoemd. Deze concepten en hun rol voor het implementatieproces worden hieronder nader toegelicht.

Opgelegd

Vijf van de zeven geïnterviewden noemden dat de implementatie van de ROM als “opgelegd” door de organisatie wordt ervaren. De ROM werd dus - in ieder geval in het begin van de implementatie - niet als voortvloeiend uit eigen belang ervaren. Ook al hoeft dit niet per se negatieve consequenties te hebben is het wel van belang om te beseffen dat de overtuiging van medewerkers wellicht nog moet plaats vinden.

Kennis

Alle deelnemers wisten dat de ROM is ingevoerd. Daarnaast hebben allen informatie gekregen over de achterliggende reden van de invoering en de doelen van de ROM. Één deelnemer noemde echter dat hij/zij ontevreden was over de informatieverstrekking in het begin van de implementatie. Deze deelnemer werkte echter ook op een andere afdeling.

Alle deelnemers gaven aan dat zij wel enigszins uitleg hebben gekregen over het gebruik van de ROM. Opvallend is dat er drie verschillende manieren werden genoemd waarop zij geïnformeerd werden: Drie personen gaven aan dat zij onafhankelijk van de ROM implementatie een cursus in het kader van de methode van Rijnders hebben gevolgd, twee personen noemden dat zij informatie hebben gekregen tijdens een interne bijeenkomst

gevoerd door behandelaren op de afdeling, en een persoon zei dat er tijdens één beleidsvergadering uitleg is geweest.

Ondanks dat zeven deelnemers aangaven dat zij uitleg hebben gekregen over hoe zij de ROM moeten toepassen ervoeren drie deelnemers deze informatie als onvoldoende om ermee te kunnen werken. De andere vier deelnemers hadden wel het gevoel ermee te kunnen werken.

In termen van de diffusion of innovations theorie kan dus worden geconcludeerd dat alle deelnemers voldoende over “awareness knowledge” en “principles knowledge” beschikken. Opvallend is dat alle deelnemers in min of meerdere mate uitleg hebben gekregen over het gebruik van de ROM (how-to knowledge), maar dat drie mensen deze informatie onvoldoende vinden om ermee te werken. Dit kan betekenen dat zij ook een lage self-efficacy hebben met betrekking tot het gebruik van de ROM.

Attitude ROM

Afhankelijk van het doel waarvoor de ROM wordt gebruikt leek de attitude te variëren: Zes van de zeven geïnterviewden noemden het bijvoorbeeld wenselijk om een feedbackinstrument te gebruiken. Echter, het gebruik van de ROM om op landelijk niveau resultaten te vergelijken en te benchmarken werd door vier mensen als negatief ervaren. Bij de analyse op woordniveau viel dan ook op dat het concept “gebruik van de gegevens door de zorgverzekeraar” meerdere keren terug komt, en dan vooral in negatieve zin. Daarnaast waren de meeste deelnemers overtuigd dat het aantonen van de kwaliteit van de zorg bij de zorgverzekeraar de ware reden, of in ieder geval een belangrijke prikkel is geweest voor de invoering van de ROM. Deelnemers waren vooral bezorgd over wat er met de gegevens wordt gedaan en welke consequenties dit zou hebben in de toekomst. Een illustratie geeft het volgende citaat van één van de deelnemers:

“Ik ben bang dat dit een instrument is dat dus heel weinig informatie biedt maar wel de schijn daarvan heeft, en dat dat door mensen die geen verstand van zaken hebben maar blijkbaar wel het recht hebben om geld toe te wijzen heel verkeerd gebruikt kan worden.”

Opvallend is dat de attitude ten aanzien van de OQ45 grotendeels negatief is. Er zijn twijfels over de validiteit en betrouwbaarheid van het instrument omdat de uitkomsten vaak niet

zouden kloppen met het beeld van de behandelaar. Dit zou volgens behandelaren komen doordat patiënten de vragen niet hebben begrepen of omdat veranderingen met betrekking tot het specifieke behandeldoel niet met de OQ45 kunnen worden gemeten.

„Ik heb bijvoorbeeld recent bij een aantal cliënten zo globaal gekeken, en ook van een cliënt die heel erg vooruit gegaan is, en als ik dan kijk naar de OQ, (...) dat ik merk van ja, dat komt daar eigenlijk helemaal niet zo uit naar voren, (...) ja dat is een vragenlijst die meer de klachten meet, terwijl bij hem, nou ja dan is er ook sprake van autisme, dus het gaat er ook meer om van het omgaan mét je klachten, en daarin is hij heel erg veranderd“

Van zeven geïnterviewden noemden drie behandelaren de OQ45 een potentieel geschikt instrument, waarvan één persoon aangaf dat de OQ45 voor anderen wellicht geschikt zou kunnen zijn, maar niet voor de doelgroepen die hij/zij dagelijks in de behandeling ziet:

“Ja ik zie de nut daar wel van in, maar hij is voor mij zo weinig bruikbaar...Maar persoonlijk vind ik hem wel nuttig. Over het geheel denk ik dat het voor ons cliënteel wel goed is. Maar net voor de groep die ik zie heb ik er eigenlijk weinig aan.”

Geen prioriteit

Zes deelnemers noemden duidelijk dat de ROM geen prioriteit heeft in hun dagelijks werk. De ROM werd niet regelmatig gebruikt. Er werd genoemd dat de ROM vaak wordt vergeten en dat er te weinig tijd is om de ROM voor te bereiden of te bespreken. Daarnaast werd genoemd dat de ROM vaak niet ingevuld wordt door de cliënt.

Verbeterpunten

Vier deelnemers noemden dat zij een meer kritische kijk vanuit de professionals wensen op de implementatie van de ROM. Daarnaast noemden vijf deelnemers dat zij een herinnering, of in de termen van de diffusion of innovations theorie een “cue-to action” wensen om vaker eraan te denken de ROM te gebruiken. Voorbeelden hiervan zijn een attendering in het systeem dat de ROM is gevuld of door de ROM weer een onderwerp te maken binnen de organisatie.

Typologie

Ondanks dat de zeven deelnemers op de hoogte zijn van het bestaan van de ROM (awareness knowledge) en de achterliggende principes (principles knowledge), bleek uit de interviews dat de ROM niet regelmatig gebruikt wordt door de behandelaren. Op basis van de algemene intentie tot gebruik konden de geïnterviewden in grote lijnen worden onderverdeeld in drie types. De beweegredenen voor hun beslissingen waren echter verschillend en liepen uiteen van bijvoorbeeld een algemene ontevredenheid over de fase vooraf aan de implementatie, twijfels over de geschiktheid van de OQ45, onzekerheid over het gebruik van de ROM of een gebrek aan inbedding in de praktijk en een gebrek aan een attendering waardoor de ROM wordt vergeten. Hieronder volgt een beschrijving van de drie types, samen met een meer gedetailleerde omschrijving van de precieze achtergrond voor de beslissing van de individuen.

Type 1: Ik zou het wel kunnen, maar ik wil niet (De criticus)

De twee deelnemers in deze categorie hebben gemeen dat ze allebei een uitgesproken, grotendeels negatieve attitude hebben waardoor ze minder gemotiveerd zijn om de ROM te gebruiken. Ook hebben zij gemeen dat zij over het algemeen ervaren dat ze voldoende geïnformeerd zijn over de ROM. Beiden hebben dus blijkbaar voldoende kennis over de ROM, achterliggende principes en hoe ze de ROM zouden moeten gebruiken. Voorts lijken beide genoeg self-efficacy te hebben omdat zij ervan uitgaan dat ze de ROM zouden kunnen gebruiken. De reden om de ROM niet te willen gebruiken lijkt dus vooral gebaseerd te zijn op de attitude die zij hebben. Er is echter een verschil in *waar* zij precies tegenaan lopen bij de ROM.

Negatieve attitude ROM & weinig betrokkenheid

Aan de ene kant bestaan er twijfels over de meetbaarheid van behandel-effecten op zich en onvrede erover dat er vooraf de implementatie onvoldoende is stil gestaan bij een discussie hierover. Op basis hiervan wordt er onder andere een meer kritische kijk op de ROM gewenst:

“Ik vind het eigenlijk kwalijk dat wij als professionals daar zo makkelijk in mee gaan omdat daar nog wat haken en ogen aan zitten volgens mij, aan zo’n meting. (..) Want het suggereert als of wij in staat zijn om klachten, en klachtenverandering te meten en daar conclusies uit te

trekken over de kwaliteit van behandeling. En ik denk dat we daar heel voorzichtig mee moeten zijn.”

Er wordt vervolgens genoemd dat de implementatie van de ROM als opgelegd wordt ervaren en dat er weinig medezeggenschap zou zijn geweest:

“Het komt dan in de beleidsvergadering wel aan de orde en dan wordt misschien de suggestie gewekt dat je daar nog iets over kan zeggen, maar tussendoor merk je dat dat toch een trein is die loopt”.

Ook wordt er geen eigen belang ervaren bij de ROM terwijl dit volgens deze deelnemer wel door de organisatie gesuggereerd wordt:

“Ik denk dat ik weet dat er redenen zijn. Maar ik denk niet dat dat altijd zo gepresenteerd wordt. Wat gesuggereerd wordt, vind ik, is dat wij als professionals dat nodig hebben om beter te weten hoe de voortgang van de behandeling is, of de behandeling werkt of niet. (...)Dat is de suggestie. En eh ik heb dat ervaren als waarom wordt er gedacht dat wij dat niet doen?”

Negatieve attitude OQ45

Weerstand kan ook ontstaan ondanks een positieve attitude ten aanzien van de ROM. Zo wordt aan de andere kant ervaren dat de ROM wellicht een wens vanuit behandelaars is geweest maar dat de uitvoering ervan te sterk afhangt van de zorgverzekeraars:

“In het algemeen vind ik het goed dat er een meetinstrument is voor de behandelvoortgang. Ik vind het jammer dat het ingegeven wordt door financiële motivatie. Dat het ook gestuurd wordt door de verzekeraar.(..) Ik denk dat het een wens was die denk ik onder behandelaars wel bestond, maar dat het hele proces buiten de behandelaars om is gegaan of van bovenaf is geïntroduceerd.”

Daarnaast wordt genoemd dat de ROM nauwelijks meer gebruikt wordt sindsdien er is gekozen voor de OQ45 in plaats van de SCL90 omdat de metingen niet als een meerwaarde worden ervaren in de behandeling:

“Nu is het dat het weinig toegevoegde waarde heeft, in ieder geval ik heb de waarde ervan niet kunnen ontdekken, dus dat speelt denk ik mee dat het weinig gebruikt wordt”.

Daarom wenst deze deelnemer vooral dat er betere tests beschikbaar worden gemaakt en dat de keuze voor de tests wordt gemaakt door behandelaren.

In beide gevallen zou men kunnen concluderen dat er sprake is van weerstand ten aanzien van de ROM. Wanneer men deze twee visies in het kader van de diffusion of innovations theorie bekijkt valt echter op dat deze weerstand waarschijnlijk tijdens twee verschillende fasen van de implementatie tot stand is gekomen. Het lijkt erop dat de weerstand binnen de eerste visie al in een eerdere fase is ontstaan dan bij de tweede visie. Bij de eerste visie gaat het onder andere om de overtuiging dat effecten moeilijk meetbaar zijn. Een dergelijke overtuiging heeft met de voorwaarden van het hele project te maken waardoor weerstand al vroeg kan ontstaan. In termen van de diffusion of innovations theorie zou dit ertoe kunnen leiden dat de fase van kennis wel wordt doorlopen, onder andere door druk vanuit de organisatie maar dat iemand nog voor de fase van overtuiging weerstand kan tonen. Bij de tweede visie valt op dat de ROM in eerste instantie wel werd gebruikt, maar dat er later op basis van ervaringen werd geconcludeerd dat de metingen geen meerwaarde opleveren. In termen van de diffusion of innovations theorie lijkt dit op „discontinuance“ binnen de fase van bevestiging.

Type 2: Ik zou wel willen, maar ik kan niet (De geremde voorstander)

De drie deelnemers die binnen deze categorie vallen hebben gemeen dat zij over het algemeen een meer positieve attitude hebben ten aanzien van de ROM, bereid zijn om de ROM te gebruiken maar hierbij diverse hindernissen ervaren. De precieze vorm van het ervaren hindernis verschilt echter en wordt hieronder nader toegelicht.

Onzekerheden met betrekking tot het gebruik

Aan de ene kant wordt er bijvoorbeeld een meer algemene onzekerheid ervaren met betrekking tot het praktische gebruik van de ROM:

“Als ik het met de patiënt doorneem hoe het nu is ten opzichte van drie maanden geleden, dan lees ik ‘m op mijn manier. Maar ik weet niet of dat de goede manier is.”

Daarnaast worden ook meer specifieke problemen genoemd die in de dagelijkse praktijk met de ROM optreden en voor onzekerheid zorgen. Een voorbeeld hiervan is dat de vragenlijst niet geschikt wordt geacht voor een aantal doelgroepen. Er wordt genoemd dat de ROM vaak verkeerd is ingevuld door bijvoorbeeld buitenlandse cliënten waardoor vervolgens ook verkeerde signaleringen in het systeem komen. Daarnaast zouden de lijsten niet geschikt zijn voor cliënten die bijvoorbeeld psychotisch zijn en door het invullen ontregeld worden:

“Ik zie heel veel buitenlandse cliënten, en die krijgen die mee, die ROM, en die vraag heb ik heel vaak gesteld, wat doen we met die cliënteel? Wat doen we met de psychotische cliënteel? Noem maar op, het is een heel mooi instrument denk ik voor het grootste deel van onze doelgroep, maar ik zie juist de mensen die niet binnen het grove model vallen hier. En daar zit een probleem. En daar komt ook geen antwoord op terug of oplossing voor.”

Deze visie lijkt in termen van de diffusion of innovations theorie aan te sluiten bij de „implementatie“ fase: Er worden nog een aantal onzekerheden en problemen ervaren die ertoe leiden dat deze deelnemers vooral op zoek zijn naar oplossingen om hun onzekerheden te reduceren. Als mogelijk verbeterpunt wordt een aanspreekpunt genoemd waar ervaren problemen kunnen worden besproken. Daarnaast wordt duidelijk dat er praktische handvaten en een training missen:

“De uitleg en alles is er wel geweest, maar niet zo zeer over hoe pas je het nou toe in de behandeling? Dat is eh, zo ver ik me kan herinneren is daar weinig aandacht voor geweest.”

Praktische hindernissen: Gebruikersvriendelijkheid & cues-to-action

Er worden ook meer praktische hindernissen genoemd, die het gebruik van de ROM bemoeilijken. De ROM zou bijvoorbeeld vaak worden vergeten omdat de ROM niet (meer) voldoende onder de aandacht wordt gebracht:

“Er is veel aandacht besteed aan informatie vóóraf maar er zou meer geformuleerd mogen worden over hoe je het dan in de praktijk inbedt. Die inbedding is er niet geweest. Wij hebben nu besloten om bij elk MDO ook aandacht te hebben voor de ROM. Dat is een manier, maar dat zouden we eigenlijk niet uit moeten vinden. Dat zou gesteld moeten zijn.”

Hierbij valt op dat deze hindernissen zelfs bij deelnemers met een hoge self-efficacy, voldoende kennis en een uitgesproken positieve attitude ten aanzien van zowel de ROM als

de OQ45 ertoe leiden dat de ROM niet regelmatig wordt gebruikt. Een deelnemer heeft bijvoorbeeld op basis van meer externe informatie een duidelijk positieve houding ten aanzien van de OQ45:

“Die OQ45, daar is eh, ik weet niet hoe die van achternaam heet, maar ene X (naam verwijderd), die heb ik toen horen praten, zij is gepromoveerd toen op deze lijst. In America was die toen al onderzocht en eh, is die voorspellende waarde daar uitgekomen. Dat je na 5 gesprekken, als je een beginmeting doet en na 5 gesprekken opnieuw doet, dat je dan kan voorspellen hoe het verloop zou zijn na 20 gesprekken als het ware. (..) En van daaruit kende ik die OQ. En, na dus daarom was ik ook voorstander dat die zou komen.”

Opvallend is dat zelfs ondanks een dergelijke positieve houding de ROM niet regelmatig wordt gebruikt. Dit lijkt grotendeels te komen door problemen met de gebruikersvriendelijkheid, zoals het gebrek aan een attendering in het systeem dat een ROM is ingevuld. Hierdoor zou het bijhouden van de ROM per cliënt onnodig veel tijd kosten:

“Je gaat niet iedere keer kijken als er niks is. Niet als je geen tijd hebt. Want wij hebben in principe geen tijd. Dus je reageert dan op iets, of er moet een evaluatie komen, nou dan ga je dat doen. Of dat er een cue komt van ‘hee, daar is iets ingevuld’, nou dan ga je kijken.”

Door alle deelnemers binnen dit type wordt verder genoemd dat de ROM actueel moet blijven en meer onder de aandacht moet worden gebracht.

“Ik moet alert blijven. Ik moet bij de les blijven wat betreft de ROM”.

Ook bij deze twee visies valt er een belangrijk verschil op. In de eerste visie wordt duidelijk dat er sprake is van onzekerheden met betrekking tot het gebruik van de ROM en een gebrek aan hulpmiddelen. Dit patroon zou kunnen aansluiten bij de „implementatie“ fase van de diffusion of innovations theorie. Bij de tweede visie wordt duidelijk dat vooral praktische hindernissen worden ervaren die met aandacht en „cues to action“ te maken hebben. Aangezien er binnen deze visie wel sprake lijkt te zijn van self efficacy, voldoende kennis en een positieve attitude lijkt het erop dat deze visie aansluit bij de zogenoemde fase van bevestiging.

Type 3: Ik weet (nog) niet wat ik wil (De ambivalente)

Bij de twee deelnemers binnen dit type valt op dat zij ambivalent zijn tegenover het gebruik van de ROM. De achtergrond voor hun ambivalentie verschilt echter en wordt hieronder nader omschreven.

Onvoldoende informatie & gebrek aan motivatie vs. verplichting

Binnen deze visie lijkt er sprake te zijn van een dilemma: Aan de ene kant werd de informatieverstrekking over de ROM als onvoldoende ervaren waardoor er een gebrek aan kennis ontstaat over het gebruik en de principes van de ROM.

“Ik heb daar vrij weinig informatie over gehad moet ik zeggen.(...) En ik moet zeggen dat ik ehm, dat ik niet meer goed weet, ja wat betekent dat eigenlijk? Ik kan het ook niet zo goed lezen”

Er bestaan, mogelijk mede door een gebrek aan kennis, ook twijfels over de OQ45 als instrument:

“Het is zo oppervlakkig. Het blijven heel oppervlakkige vragen.”

Er lijkt dus weinig sprake te zijn van intrinsieke motivatie waardoor de ROM zelden wordt gebruikt. Aan de andere kant lijkt het toekomstig gebruik echter ook niet uitgesloten:

“Eigenlijk vind ik het wel, ook alweer beschamend. Dat ik denk van, jeetje, ik doe er eigenlijk niks mee. He, want dat had ik me wel voorgenomen, want ik weet, ik maak altijd lijstjes wat ik allemaal moet doen en ik weet dat ik de ROM regelmatig heb over geschikt, oh ja daar moet ik ook nog een keer wat mee.”

Het lijkt erop dat het gebruik van de ROM als een verplichting, oftewel als een „ideaal“ vanuit de organisatie wordt gezien. Hierdoor ontstaat er aan de andere kant weer openheid voor meer en nieuwe informatie, of ook andere meningen over de ROM:

“Voor mij zelf zou het misschien goed zijn, om toch nog een keer uit te leggen wat ik ermee kán, met wat ik zie in de uitkomsten. Om nog een keer eens uitleg te geven en dit te koppelen aan een discussie. Ik hoor heel graag hoe anderen ermee omgaan.”

Negatieve attitude OQ45 & afwachtend

Ambivalentie kan ook ontstaan door een combinatie tussen een positieve attitude tegenover effectmetingen in het algemeen, en een negatieve attitude ten aanzien van het instrument en hoe gegevens door andere partijen dan de behandelaar worden gebruikt:

“Ik vind het niet altijd een heel zuiver beeld geven. Dus ik vind het soms een beetje vertekenen en dan vind ik wel tricky, als daar dan bepaalde keuzes op gemaakt worden. Maar op zich, het gebruik van een ROM, en vragenlijsten, daar sta ik wel achter.”

Deze ambivalentie leidt blijkbaar ertoe dat de ROM wel wordt gebruikt, maar eerder onregelmatig.

“Zo af en toe kijk ik ernaar”

De ambivalentie wordt verder duidelijk doordat er wel verbeterpunten zoals een attendering worden genoemd maar dat er nog onzekerheid bestaat over toekomstig gebruik van de ROM:

“Ik weet nog steeds niet of ik het dan dagelijks zou doen maar in ieder geval, ja dan weet je ook wanneer er iets nieuws is binnen gekomen”.

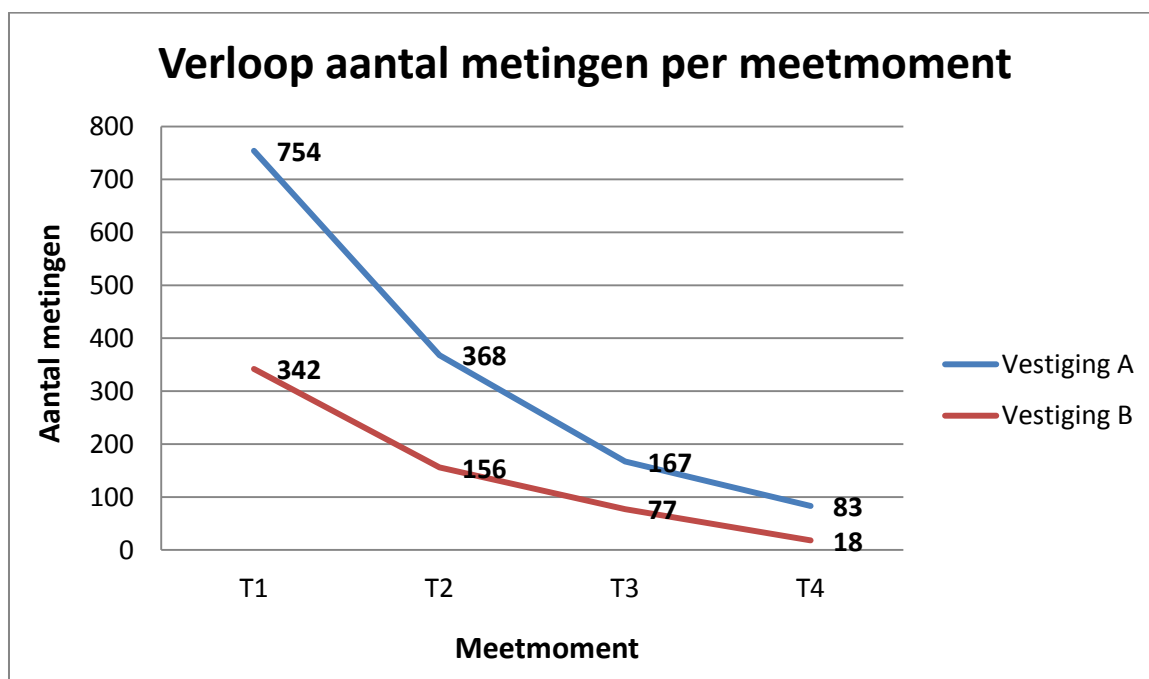
Ook binnen dit type lijkt het erop dat de twee visies in twee verschillende fasen van de diffusion of innovations theorie tot stand kwamen. Bij de eerste visie is er sprake van een gebrek aan informatieverstrekking en kennis waardoor er moeilijkheden worden ervaren met de ROM. Er is eigenlijk sprake van te weinig kennis om een uiteindelijke attitude ten aanzien van de ROM te vormen. Dit sluit aan bij de kennis fase van de diffusion of innovations theorie. Bij de tweede visie is er sprake van voldoende kennis maar het lijkt erop dat een beslissing of de ROM al dan niet in de toekomst wordt gebruikt nog wordt uitgesteld op basis van een ambivalente houding. Dit sluit meer aan bij het begin van de fase „beslissing“ waarin de ROM nog wordt uitgetest.

Deel 2: Effectmetingen, de samenhang met patiëntkenmerken en vergelijkbaarheid tussen vestigingen

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het kwantitatieve onderzoek naar de effectmetingen op het algehele psychisch functioneren en symptomatische distress, de samenhang tussen de verschilscores op het algehele psychisch functioneren en symptomatische distress over een jaar met de patiëntkenmerken leeftijd en geslacht, en de vergelijkbaarheid tussen twee vestigingen beschreven.

De kenmerken van de groep per meting

Figuur 1 geeft het aantal metingen per meetmoment bij beide vestigingen van dezelfde ggz instelling weer. Bij beide vestigingen halveert het aantal afgenomen metingen per meetmoment.



Figuur 1 Het aantal metingen per meetmoment per vestiging (N=1096)

In tabel 4 worden de patiëntkenmerken per afgenomen meting binnen vestiging A weergegeven. Hierin staan het aantal patiënten waarbij de meting werd afgenomen, de gemiddelde leeftijd en de procentuele verdeling per geslacht en per diagnose vermeld.

Tabel 4: Patiëntkenmerken per meetmoment, vestiging A (N=754)

	Meting 1 n=754		Meting 2 n= 368		Meting 3 n=167		Meting 4 n=83	
<u>Geslacht</u>	N	%	N	%	N	%	N	%
Man	340	45,1	153	41,6	66	39,5	30	36,1
Vrouw	401	53,2	208	56,5	101	60,5	53	63,9
<u>Clusterdiagnose</u>								
Aan een middel gebonden stoornissen	8	1,1	1	,3	-	-	-	-
Aanpassingsstoornissen	38	5,0	26	7,1	12	7,2	2	2,4
Andere aandoeningen*	44	5,8	19	5,2	6	3,6	3	3,6
Angststoornissen	129	17,1	51	13,9	20	12,0	11	13,3
Niet gediagnosticeerd**	1	,1	1	,3	-	-	-	-
Bijkomende codes/ geen diagnose	20	2,7	14	3,8	5	3,0	3	3,6
Cognitieve stoornissen***	2	,3	1	,3	1	,6	-	-
Eetstoornissen	5	,7	3	,8	1	,6	1	1,2
Persoonlijkheidsstoornissen	78	10,3	43	11,7	26	15,6	12	14,5
Door somatische aandoening****	3	,4	-	-	-	-	-	-
Psychotische stoornissen*****	19	2,5	5	1,4	2	1,2	2	2,4
Slaapstoornissen	10	1,3	4	1,1	1	,6	-	-
Somatoforme stoornis	18	2,4	4	1,1	2	1,2	1	1,2
Stemmingsstoornissen	261	34,6	137	37,2	68	40,7	37	44,6
Stoornissen in de impulsbeheersing	10	1,3	3	,8	1	,6	2	2,4
Stoornissen in de kindertijd	95	12,6	49	13,3	22	13,2	9	10,8
<u>Leeftijd</u>	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
	43.33	10.73	44.42	10.47	45.71	9.39	47.13	9.36

*Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn, ** Betrokkene is niet gediagnosticeerd omdat dit voor betrokkene problemen kan veroorzaken,

*** Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen, **** Psychische stoornis door somatische aandoening, ***** Schizofrenie en andere psychotische stoornissen.

Uit deze gegevens wordt duidelijk dat het aantal patiënten dat de vragenlijst invult ongeveer met de helft daalt per meetmoment. Daarnaast valt op dat het percentage vrouwen sterk toeneemt. Tijdens de eerste meting is het percentage mannen en vrouwen ongeveer gelijk verdeeld (45.1% mannen, 53.2 % vrouwen, van 1.7% ontbreken data over het geslacht), terwijl er bij de vierde meting nog maar ongeveer een derde van de respondenten mannelijk is (36.1% mannen, 63.9% vrouwen).

De drie meest voorkomende clusterdiagnoses tijdens de eerste twee metingen zijn respectievelijk stemmingsstoornissen, angststoornissen en stoornissen in de kindertijd. Bij de derde en vierde metingen treedt er echter een verschuiving op. Tijdens de derde meting worden de stemmingsstoornissen gevolgd door persoonlijkheidsstoornissen en stoornissen in de kindertijd. Tijdens de vierde meting zijn de meest voorkomende clusterdiagnoses respectievelijk stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en angststoornissen.

Effecten, vergelijking tussen twee vestigingen & de samenhang met patiëntkenmerken

Hieronder volgen de resultaten van de uitgevoerde metingen bij twee verschillende bestanden. Eerst worden de resultaten met betrekking tot de totaalscore beschreven, daarna volgen de metingen op de subschaal symptomatische distress.

Bestand 1 (totale groep)

Het eerste bestand bevat de metingen van de totale groep (N=1096) waarbij de start- en eindmeting van de behandeling niet bekend zijn.

Resultaten met betrekking op de totaalscore bij bestand 1

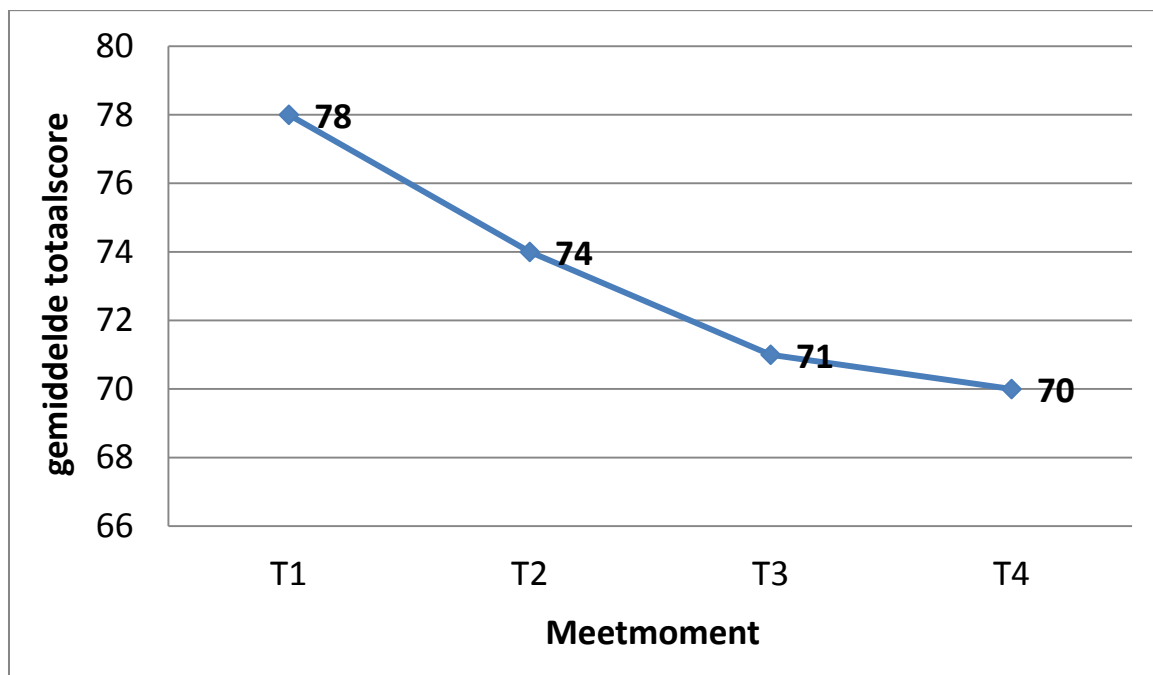
Effectmeting totaalscores & vergelijking tussen vestiging A en B

Op basis van de t toets voor gekoppelde paren werd een significante verbetering gevonden op de laatste meting ten opzichte van de eerste meting ($t=5.561$; $p<.0005$; 95%BI 2.572; 5.381). Dit betekent dat de algemene lijdensdruk gemiddeld afneemt op de totaalscore.

Er werd op basis van de t toets voor onafhankelijke steekproeven geen verschil gevonden tussen de twee vestigingen wat betreft de verschilscore tussen de eerste en laatste metingen op de totaalscore ($t=1.402$; $p=.161$).

In Figuur 2 wordt de gemiddelde totaalscore per meetmoment van alle patiënten weergegeven. Er zijn alleen aparte normen voor mannen en vrouwen beschikbaar, niet voor de totale groep. Aangezien het hier een gemengde groep betreft kan er alleen een indicatie worden gegeven van de betekenis van de gevonden daling in de gemiddelde scores.

Wanneer men deze scores vergelijkt met de normen voor psychiatrische patiënten ambulante behandeling voor mannen zou er sprake zijn van een daling van de totale lijdensdruk van „gemiddeld“ naar „beneden gemiddeld“ (de Jong, Nugter, Lambert, & Burlingame, 2009). Vrouwen zouden met dezelfde gemiddelde daling in vergelijking met de normen van vrouwelijke, psychiatrische patiënten van de ambulante kortdurende zorg zowel bij het eerste als bij het laatste meetmoment „gemiddelde“ lijdensdruk ervaren (de Jong, Nugter, Lambert, & Burlingame, 2009).



Figuur 2 Verloop gemiddelde totaalscore op de OQ45 per meetmoment (N=1096)

In tabel 5 wordt de verandering op de totaalscore tussen de eerste en laatst afgenomen meting binnen een jaar op basis van de RCI geclassificeerd en zowel voor de gehele groep als per vestiging weergegeven. Uit de resultaten blijkt dat er bij alle groepen het merendeel van de patiënten (totale groep 61.7%, vestiging A 63.5 % en vestiging B 57.2 %) geen verandering laat zien. De percentages van gemeten herstel, verbetering en verslechtering van de hele groep zijn ongeveer even groot.

Ook op basis van de chi-kwadraat test werd er geen significant verschil gevonden tussen de bereikte effecten per vestiging op de RCI van de totaalscores ($X^2 = 2.491$; $p=0.477$).

Tabel 5: Classificatie verloop totaalscore op de OQ45 tussen de eerste en laatste waargenomen meting over 1 jaar volgens de RCI en vergelijking tussen twee vestigingen

RCI	Vestiging A	Vestiging B	Totaal
Herstel	13.7 % (54)	13.8 % (22)	13.7 % (76)
Verbetering	12.7 % (50)	16.4 % (26)	13.7 % (76)
Geen verandering	63.5 % (251)	57.2 % (91)	61.7 % (342)
Verslechtering	10.1 % (40)	12.6 % (20)	10.8 % (60)

Note. RCI=Reliability Change Index. N=554

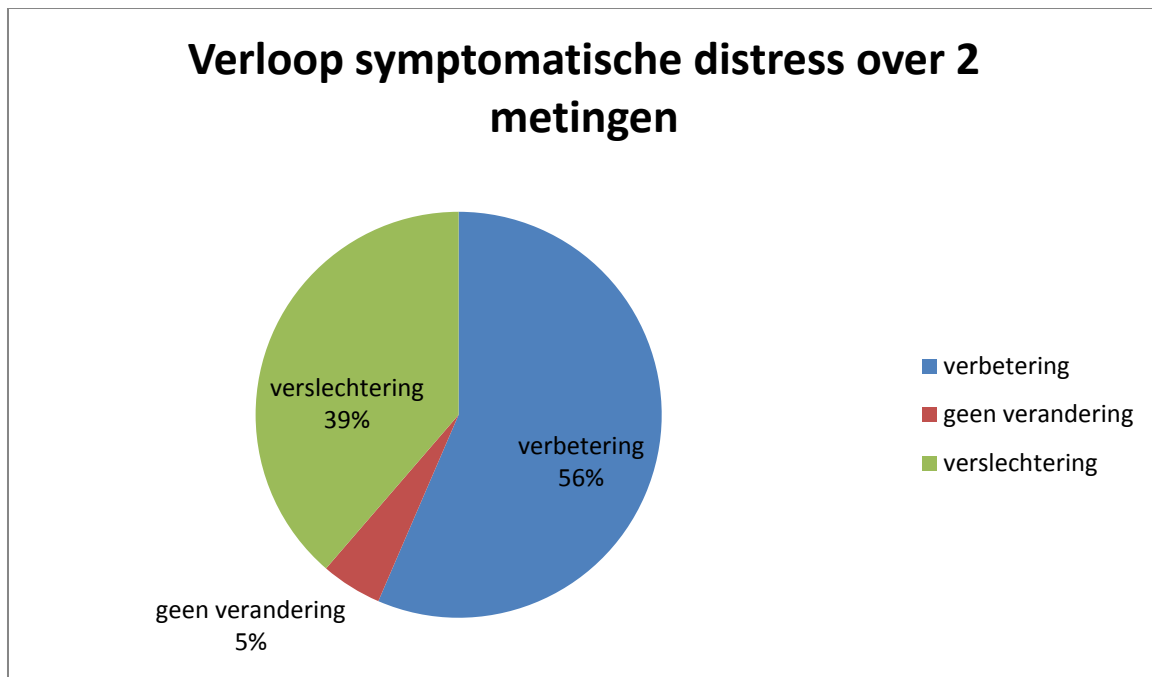
Samenhang tussen effecten op totaalscore & patiëntkenmerken

Op basis van de Kruskal Wallis toets werd er geen significante samenhang gevonden tussen de patiëntkenmerken leeftijdscategorie ($p=.282$) of geslacht ($p=.346$) met de RCI totaalscore.

Resultaten met betrekking op de subschaal symptomatische distress bij bestand 1

Effectmeting symptomatische distress & vergelijking tussen vestiging A en B

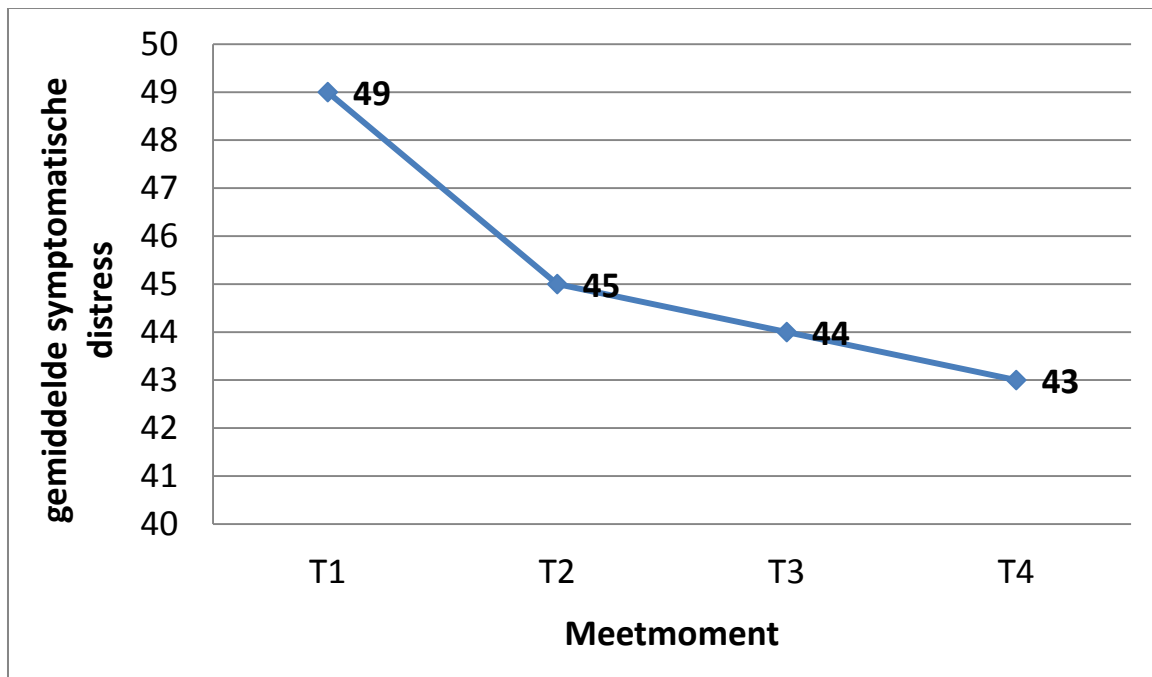
Bij het eerste bestand waarbij N=556 werd een significant verschil gevonden tussen de laatste en de eerste waargenomen meting over een jaar op symptomatische distress ($W = -4.950$; $p<.0005$). Bij nader onderzoek naar de richting van het gevonden effect viel op dat de laatste meting vaker lager was dan de eerste meting ($n=314$). Het omgekeerde geval werd bij 215 patiënten gevonden. Bij 27 mensen waren de eerste en laatste score gelijk. Aangezien een lage score betekent dat er minder of geen symptomen zijn kan worden geconcludeerd dat er in de meeste gevallen **verbetering** optreedt. In de meeste gevallen werd er dus een positief effect gevonden op de subschaal symptomatische distress van de OQ45. De procentuele verdeling van het aantal cliënten die verbetering, verslechtering en geen verandering laten zien wordt weergegeven in Figuur 3.



Figuur 3 De procentuele verdeling van verbetering, verslechtering en geen verandering op de OQ45 tussen de eerste en laatste meting over een jaar op de subschaal symptomatische distress (N=556)

In figuur 4 wordt de gemiddelde symptomatische distress score per meetmoment weergegeven. Aangezien er alleen normen beschikbaar zijn voor mannen en vrouwen apart en het in dit onderzoek een gemengde groep betreft, kan er alleen een indicatie worden gegeven van de betekenis van de gevonden daling in de gemiddelde scores.

Voor mannen zou een dergelijke daling in vergelijking met de normen voor mannelijke psychiatrische patiënten die ambulante behandeling krijgen betekenen dat de symptomatische distress daalt van „gemiddeld“ naar „beneden gemiddeld“ (de Jong, Nugter, Lambert, & Burlingame, 2009). Bij vrouwen zouden dezelfde scores betekenen dat de symptomatische distress „gemiddeld“ blijft in vergelijking met de normen voor vrouwelijk, psychiatrische patiënten (de Jong, Nugter, Lambert, & Burlingame, 2009).



Figuur 4 Verloop gemiddelde symptomatische distress score op de OQ45 per meetmoment (N=1096)

Verskil tussen vestiging A en B

Er werd geen significant verschil gevonden tussen de twee vestigingen op de verschillcores van symptomatische distress ($U=29798$; $p=.303$).

Samenhang tussen effect op symptomatische distress & patiëntkenmerken

In tabel 6 staan de resultaten van de Spearman correlatieanalyse met betrekking tot het eerste bestand waarbij de eerst en laatst waargenomen meting over een jaar worden vergeleken. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen de verschillscore op symptomatische distress met één van de patiëntkenmerken.

Tabel 6 Spearman correlatieanalyse tussen de verschillscore op symptomatische distress van de OQ45 en patiëntkenmerken (N=555)

Variabelen	leeftijd	geslacht
1 Symptomatische distress	.04	-.03
2 leeftijd		-.05
3 geslacht		

Bestand 2 (selectie valide start- en eindmeting)

Het tweede bestand bevat de valide start- en eindmetingen van een afgerond behandeltraject van een selectie van de totale groep (N=67). Ook hier worden weer eerst de resultaten met betrekking tot de totaalscore, en daarna de resultaten met betrekking tot de subschaal symptomatische distress beschreven.

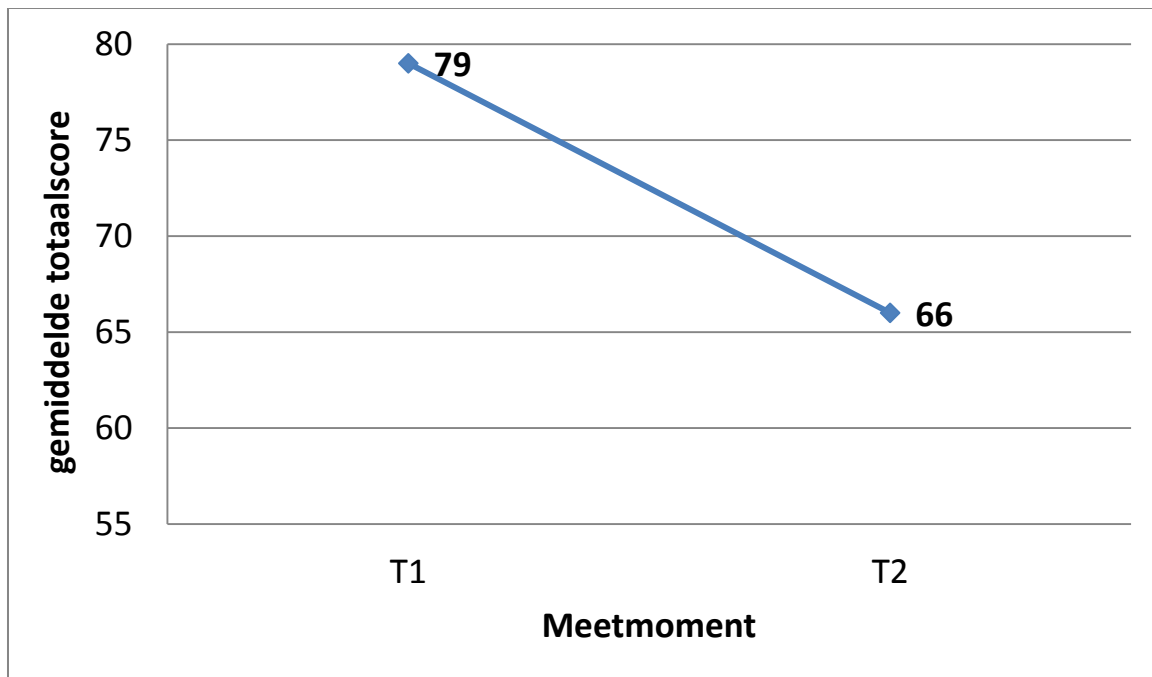
Resultaten met betrekking op de totaalscore bij bestand 2

Effectmeting totaalscores & vergelijking tussen vestiging A en B

Op basis van de t toets voor gekoppelde paren werd er een significante verbetering gevonden op de eindmeting ten opzichte van de startmeting ($t = 4.446$; $p < .0005$; 95%BI 6.882; 18.103).

Er werd geen verschil gevonden in de verschillcores tussen de twee vestigingen ($t = -.840$; $p = .404$).

In Figuur 5 wordt de gemiddelde totaalscore bij de start- en bij de eindmeting weergegeven. De gemiddelde totaalscore daalt van 79 tot 66. In vergelijking met de normen voor zowel mannelijke als vrouwelijke psychiatrische patiënten die ambulante behandeling krijgen, daalt de totale lijdensdruk van „gemiddeld“ naar „beneden gemiddeld“ (de Jong, Nugter, Lambert, & Burlingame, 2009).



Figuur 5 Gemiddelde totaalscore op de OQ45 bij de start- en eindmeting (N=67)

In tabel 7 wordt de verandering op de totaalscore tussen de start- en eindmeting na afsluiting van de behandeling op basis van de RCI geclassificeerd en zowel voor de totale groep (N=67) als per vestiging vermeld. Hieruit blijkt dat er bij ongeveer de helft van de cliënten geen verandering wordt gevonden (vestiging A 46.2%, vestiging B 53.6%, totale groep 49.3%). Uit een vergelijking met het eerder genoemde bestand waarbij de begin en eindmeting niet bekend zijn (vergelijk tabel 5) blijkt dat het percentage cliënten dat herstel laat zien bij dit bestand hoger ligt dan bij het eerste bestand (28.2% vestiging A, 28.6 % vestiging B en 28.4% totale groep bij valide begin en eindmetingen in vergelijking met 13.7% vestiging A, 13.8% vestiging B en 13.7% totale groep).

Op basis van de chi kwadraat test werd er geen verschil gevonden tussen de twee vestigingen wat betreft de percentuele verdeling in de RCI classificaties van de totaalscores ($X^2=4.050$; $p=.256$).

Tabel 7 Classificatie verloop totaalscore op de OQ45 tussen de start en eindmeting na afsluiting van de behandeling volgens de RCI en een vergelijking tussen twee vestigingen (N=67)

RCI	Vestiging A	Vestiging B	Totaal
Herstel	28.2 % (11)	28.6 % (8)	28.4 % (19)
Verbetering	12.8 % (5)	17.9 % (5)	14.9 % (10)
Geen verandering	46.2 % (18)	53.6 % (15)	49.3 % (33)
Verslechtering	12.8 % (5)	0 % (0)	7.5 % (5)

Note.RCI=Reliability Change Index.

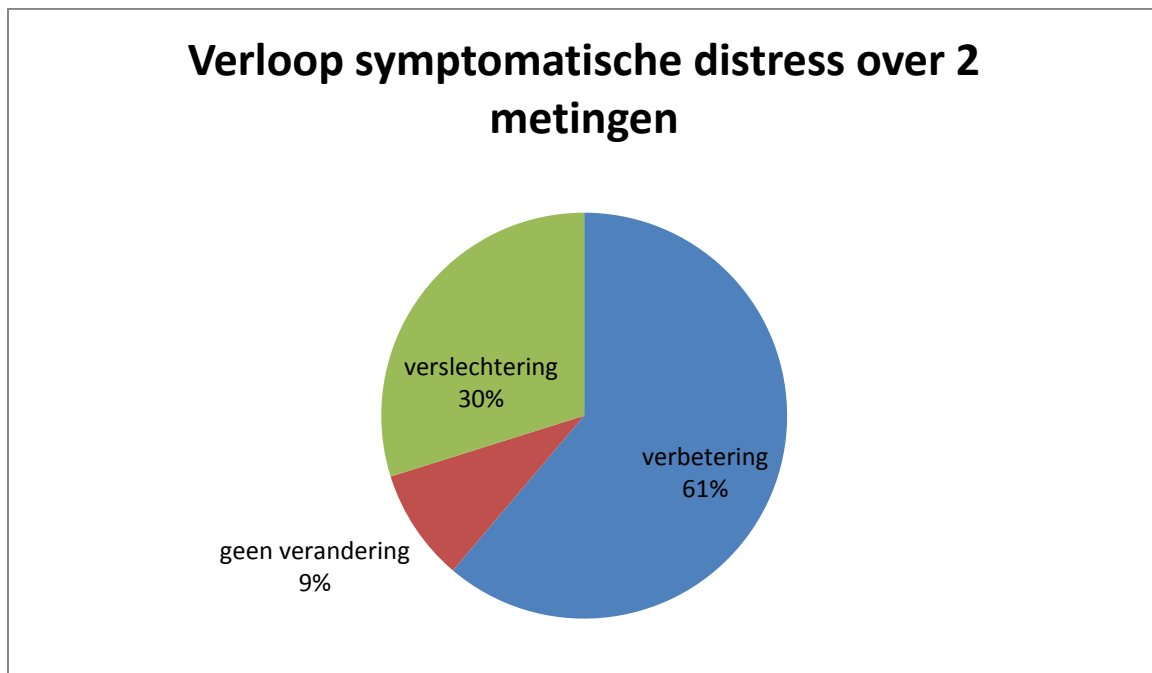
Samenhang tussen effecten op totaalscore & patiëntkenmerken

Op basis van de Kruskal Wallis toets werd er geen samenhang gevonden tussen de patiëntkenmerken leeftijdscategorie ($p=.488$) of geslacht ($p=.649$) met de RCI totaalscore.

Resultaten met betrekking op de subschaal symptomatische distress bij bestand 2

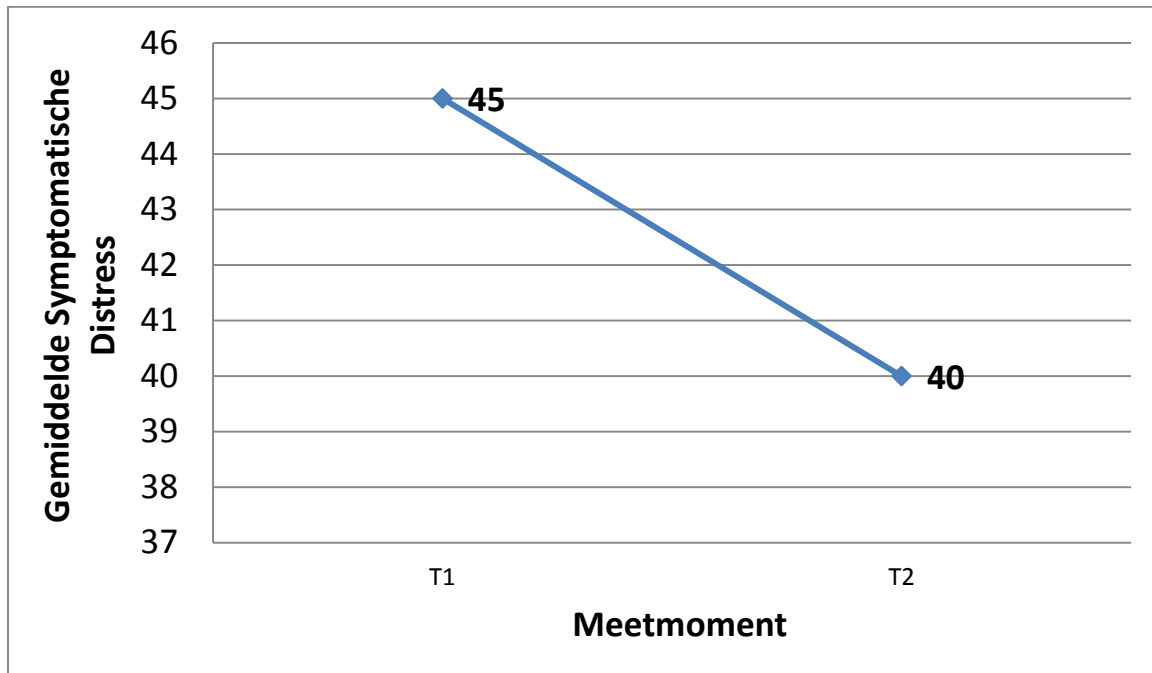
Effectmeting symptomatische distress & vergelijking tussen vestiging A en B

Ook bij het tweede bestand, waarbij $N=67$, werd een significant verschil gevonden tussen de startmeting aan het begin van de behandeling en de laatste meting op symptomatische distress ($W=-3.805$; $p<.0005$). Bij nader onderzoek naar de richting van het gevonden effect blijkt dat de laatste meting vaker lager is dan de eerste meting ($n=41$). Het omgekeerde geval werd bij 20 patiënten gevonden. Bij zes mensen waren de eerste en laatste score gelijk. Aangezien een lage score betekent dat er minder of geen symptomen zijn, kan worden geconcludeerd dat er in de meeste gevallen **verbetering** optreedt. In de meeste gevallen werd er een positief effect gevonden. De procentuele verdeling van het aantal cliënten die verbetering, verslechtering en geen verandering laten zien wordt weergegeven in Figuur 6.



Figuur 6 De procentuele verdeling van verbetering, verslechtering en geen verandering op de OQ45 tussen de eerste en laatste meting op symptomatische distress na afloop van de behandeling ($N=67$)

In Figuur 7 wordt de gemiddelde score op symptomatische distress bij zowel de start- als de eindmeting weergegeven. In vergelijking met de normen voor zowel mannelijke als vrouwelijke psychiatrische patiënten die ambulante behandeling krijgen, zou een dergelijk verloop betekenen dat de symptomatische distress van de hele groep daalt van „gemiddeld” naar „beneden gemiddeld” (de Jong, Nugter, Lambert, & Burlingame, 2009).



Figuur 7 Gemiddelde symptomatische distress score op de OQ45 bij begin- en eindmeting (N=67)

Verskil tussen vestiging A en B

Er werd geen significant verschil gevonden tussen de twee vestigingen op de verschillcores van symptomatische distress ($U=468.5$; $p=.324$).

Samenhang tussen effect op symptomatische distress & patiëntkenmerken

In tabel 8 staan de resultaten van de Spearman correlatieanalyse met betrekking tot het tweede bestand waarbij de verschillscore symptomatische distress is gebaseerd op een valide start- en eindmeting. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen de verschillscore op symptomatische distress en de patiëntkenmerken leeftijd en geslacht.

Tabel 8 Spearman correlatieanalyse tussen de verschillscore op symptomatische distress van de OQ45 na afloop van de behandeling en patiëntkenmerken (N=67)

Variabelen	leeftijd	geslacht
1 Symptomatische distress	.05	.16
2 leeftijd		-.08
3 geslacht		

Discussie

Hieronder volgt een samenvatting van de bevindingen, de theoretische en praktische implicaties, de sterke punten en de limitaties van de twee delen van het onderzoek. Eerst worden de genoemde aspecten van het kwalitatieve onderzoek naar de visie van behandelaren op de ROM beschreven. Daarna volgt een beschrijving van het kwantitatieve onderzoek naar de verandering op de totaalscores en symptomatische distress over een jaar, de samenhang tussen de verandering op deze scores en patiëntkenmerken en de vergelijkbaarheid tussen twee instellingen wat betreft de genoemde scores.

Deel 1: De visie van behandelaren op het project ROM

Het doel van dit onderzoek was in eerste instantie om te kijken wat de algemene attitude is van behandelaren ten aanzien van de implementatie van de ROM, de mate waarin behandelaren de ROM gebruiken, zich geïnformeerd voelen en wat de attitude is ten aanzien van de ROM en de OQ45. Ook werd gekeken naar de behoeften van behandelaren ten aanzien van de implementatie en verbeterpunten. In een later stadium van het onderzoek is ervoor gekozen om hieraan nog een andere, meer verklarend component toe te voegen omdat anders belangrijke en interessante informatie verloren was gegaan. Er werd dus niet alleen een inventarisatie gemaakt van de visie van behandelaren, en een mogelijke weerstand ten aanzien van de ROM en het gebruik ervan, maar er werd ook gezocht naar verklaringen hiervoor.

Beantwoording van de onderzoeksvragen

De resultaten geven de indruk dat de ROM nog weinig wordt gebruikt door de geïnterviewden. Met betrekking tot informatie over de ROM is te noemen dat alle behandelaren op de hoogte zijn van het bestaan, en het merendeel geïnformeerd is over de achterliggende principes van de invoering van de ROM. Opvallend is dat alle deelnemers ook wel informatie hebben gekregen over de toepassing van de ROM, maar dat drie personen deze informatie als onvoldoende beoordelen om met de ROM te kunnen werken. Deze drie personen lijken dan ook een lage self efficacy te hebben met betrekking tot het gebruik van de ROM. Er kan dus worden geconcludeerd dat alle deelnemers wel informatie hebben gekregen maar dat bijna de helft zich onvoldoende geïnformeerd voelt over het gebruik van

de ROM. De attitude ten aanzien van de ROM lijkt afhankelijk te zijn van het doel waarvoor deze wordt gebruikt: De ROM als feedbackinstrument voor de behandelaars wordt als positief beschouwd, terwijl er sprake is van weerstand wanneer de ROM ervoor dient om verschillende instellingen te vergelijken en te benchmarken. De meningen over de OQ45 zijn verschillend. Ondanks dat zes van de zeven deelnemers problemen rapporteren met de geschiktheid van het instrument noemen drie dat de OQ45 potentiële meerwaarde kan hebben. Op basis van deze uitkomsten zou geconcludeerd kunnen worden dat er op bepaalde punten wel enigszins sprake is van weerstand ten aanzien van de implementatie van de ROM. De meest genoemde verbeterpunten zijn een meer kritische kijk van professionals op de vraag in hoeverre behandel-effecten überhaupt meetbaar zijn en op de geschiktheid van de OQ45 als instrument, betere en/of meer vragenlijsten, een attendering in het systeem dat de ROM is ingevuld, de synchronisatie van meetmomenten met de evaluatie van behandelingen en de ROM weer actueel maken.

De uitkomsten gerelateerd aan eerder onderzoek

Deze uitkomsten komen grotendeels overeen met eerder onderzoek. Ook in andere onderzoeken werd gerapporteerd over enige weerstand bij de behandelaren ten aanzien van de ROM (Garland, Kruse & Aarons, 2003; Calally, Hyland, Coombs & Trauer, 2006; deBeurs et al., 2011; Meehan, McCombes, Hatzipetrou, & Catchpoole, 2006). Wanberg en Banas (2000) hebben daarnaast gevonden dat een lage self efficacy en een negatieve beoordeling over het nut van de innovatie een rol kunnen spelen bij een meer defensieve houding ten aanzien van de implementatie van de ROM.

Daarnaast wordt ook in dit onderzoek terug gevonden dat meer tijd, meer uitleg en een training belangrijke punten van verbetering zouden kunnen zijn. Dit is in overeenkomst met de verbeterpunten die uit eerder onderzoek ook naar voren zijn gekomen (Wanberg & Panas, 2000; Calally, Hyland, Coombs & Trauer, 2006; Slade, Thornicraft & Glover, 1999; Trauer, Calally & Herrman, 2009). Terwijl in eerder onderzoek het erbij betrekken van behandelaren bij beslissingen als verbeterpunt is genoemd (Armenakis & Bedeian, 1999; Wanberg & Panas, 2000; Garland, Kruse & Aarons, 2003), wordt in dit onderzoek alleen gerapporteerd dat de implementatie als opgelegd voelt.

Verklarende component

Deze beschrijvende uitkomsten geven echter maar een gedeeltelijk beeld van de processen die een rol spelen bij de totstandkoming van de attitude van behandelaren ten aanzien van de implementatie van de ROM en het toekomstig gebruik ervan. Om deze processen beter te begrijpen is er ook gekeken naar (1) concepten die door meerdere personen werden genoemd en die een rol spelen voor de context waarbinnen de ROM is ingevoerd, (2) de samenhang tussen de kernconcepten informatie, self-efficacy en attitude op groepsniveau en (3) naar de beweegredenen en achtergrond van deze samenhang en beslissing op individueel niveau.

Naast meer algemene beschrijvingen van processen van de implementatie (zoals informatieverstrekking) zijn er ook andere concepten naar voren gekomen die door het merendeel van de respondenten werden genoemd en een indruk geven van de context waarbinnen de ROM is ingevoerd. Uitingen van bezorgdheid over het gebruik van gegevens door de zorgverzekeraar en dat de implementatie in zijn geheel opgelegd voelt, zijn voorbeelden hiervan. Deze concepten werden door bijna alle deelnemers genoemd en het zou mogelijk kunnen zijn dat de ROM op basis van deze ervaringen al vanaf het begin van de implementatie met een eerder sceptische houding werd ontvangen door de geïnterviewden.

Ondanks dat de kans op weerstand op basis van deze concepten groot lijkt, is er wel een verschil in de intentie om de ROM te gebruiken. Op basis van de algemene attitude en intentie tot toekomstig gebruik van de ROM konden drie verschillende groepen respondenten worden onderscheiden: De criticus, de geremde voorstander en de ambivalente. De critici geven aan goed geïnformeerd te zijn maar zijn weinig bereid de ROM te gebruiken omdat zij een negatieve attitude hebben ten aanzien van verschillende aspecten. Aan de ene kant kan een negatieve attitude ten opzichte van de implementatie van de ROM voort komen uit een kritische houding over de meetbaarheid van behandel-effecten en/of het feit dat de implementatie opgelegd werd zonder enige discussie (Afkeuring op basis van voorwaarden, nog voor overtuigingsfase). Aan de andere kant kan een negatieve attitude ook in een later stadium ontstaan omdat er op basis van ervaring wordt geconcludeerd dat het instrument weinig nuttige data oplevert (latere afkeuring in

bevestigingsfase). Er worden dus duidelijk barrières ervaren met betrekking tot gebruik van de ROM, maar de achtergrond ervan is heel verschillend. De geremde voorstander heeft over het algemeen een positieve attitude ten aanzien van de ROM maar voelt zich gehinderd in het gebruik ervan. Maar ook hier is er een belangrijk verschil tussen de aard van de ervaren hindernis: Voor de één is dat een gebrek aan een attendering (continued adoption in bevestigingsfase), terwijl voor de andere een lage self- efficacy op de voorgrond lijkt te staan (implementatiefase). Deze respondenten tonen dus minder actieve weerstand maar voelen zich gehinderd in de omgang met de ROM. En de ambivalente is er nog niet zeker over wat hij of zij vindt over de ROM, óf doordat er sprake is van een afwachtende houding ten aanzien van mogelijke veranderingen in de keuze voor het instrument (nog in beslissingsfase) óf doordat er te weinig kennis is over de ROM waardoor er geen echte uitspraak gemaakt kan worden over toekomstig gebruik (kennisfase).

Sterke punten & limitaties van het onderzoek

De motivatie om de ROM te gebruiken lijkt in dit onderzoek dus afhankelijk van meerdere factoren: de context waarin de innovatie is geïntroduceerd, de mate van informatie en uitleg die iemand heeft gekregen en in hoeverre dit als voldoende wordt beschouwd en de attitude ten aanzien van de innovatie. Ook de samenhang tussen deze factoren en het gewicht dat aan elk van deze factoren wordt gegeven op basis van eigen waarden of op basis van de fase van het proces (in termen van de diffusion of innovations theorie) waarin iemand zich bevindt, spelen een rol. In vergelijking met eerder onderzoek naar de visie van behandelaren op de ROM, biedt dit onderzoek door toepassing van de diffusion of innovations theorie en het concept “self efficacy” dus ook een verklaring en een samenhang tussen de gevonden concepten. Hierdoor kan een beter totaalbeeld gevormd worden en er kunnen op basis hiervan duidelijke adviezen worden geformuleerd om het gebruik van de ROM verder te stimuleren.

Het gebruik van een theorie als leidraad voor een onderzoek en attenderende begrippen heeft echter ook een keerzijde. Zo bestaat er het gevaar dat zowel de dataverzameling als de interpretatie enigszins beperkt en minder open zijn door bepaalde verwachtingen van de interviewer/onderzoeker. Deze verwachtingen kunnen bijvoorbeeld de antwoorden van de respondenten tijdens het interview en de interpretatie ervan hebben beïnvloed.

Een voordeel is echter dat de onderzoeker in dit geval een bekende persoon was voor de geïnterviewden en dat de implementatie van de ROM geen al te gevoelig onderwerp is waardoor de respondenten mogelijk minder geneigd zijn zich te laten sturen door de interviewer of om sociaal wenselijke antwoorden te geven. Dit zou ervoor kunnen spreken dat het effect van verwachtingen van de onderzoeker/interviewer op de antwoorden van de respondenten mogelijk minder groot was. Daarnaast is er tijdens de analyse en de interpretatie aan de hand van de open codering eerst breed gekeken naar concepten, alvorens de attenderende begrippen zijn toegevoegd. Hierdoor wordt de mate van beïnvloeding door een zoeklichttheorie verlaagd.

Verder is er op basis van praktische redenen geen interbetrouwbaarheidsanalyse gedaan. Een andere kanttekening is het kleine aantal interviews dat werd afgenomen. Er kan dan ook alleen worden gesproken van een inventarisatie van de visie van een beperkt aantal behandelaren en mogelijke verklaringen.

Ondanks dat er maar zeven interviews zijn uitgewerkt, is er wel sprake van een grote diversiteit bij de respondenten: Er zijn zowel vrouwen als mannen van verschillende leeftijd en uit verschillende functies geïnterviewd. De mate van representativiteit van de uitkomsten voor de afdeling van de betreffende organisatie wordt hierdoor verhoogd. De enige kanttekening hierbij is dat er geen psychiaters konden worden geïnterviewd.

Praktische implicaties & adviezen

De uitkomsten van dit onderzoek hebben een aantal praktische implicaties. Het is onder andere duidelijk geworden dat één aanpak wellicht niet voldoende is om het gebruik van de ROM bij de behandelaren te stimuleren. Ook heeft waarschijnlijk niet iedereen baat bij dezelfde aanpak. Wanneer de organisatie als doelstelling heeft om het gebruik van de ROM verder te stimuleren bij behandelaren, kunnen de volgende adviezen mogelijk hierbij helpen. Er worden een aantal adviezen gegeven per barrière binnen de stadia van de diffusion of innovations theorie.

Kennis, informatie & self efficacy

In dit onderzoek is naar voren gekomen dat sommige behandelaren bijvoorbeeld duidelijk meer uitleg over de ROM en/of over het gebruik ervan wensen, terwijl anderen aangeven

juist heel goed geïnformeerd te zijn. Een mogelijkheid om deze barrière te overkomen zou bijvoorbeeld een studiemiddag over de ROM zijn waarin diegene die meer kennis hebben over de ROM mogelijk kunnen laten zien op welke manier zij de ROM gebruiken in de behandeling. Naast informatieverstrekking heeft deze methode tot voordeel dat er op basis van modelling ook de self efficacy kan worden verhoogd (Bandura, 1977). Een ander voordeel hiervan is dat het aansluit bij de wens van een aantal deelnemers om van elkaar te leren.

Een andere barrière voor het gebruik van de ROM is dat in het geval er meer specifieke problemen optreden er geen praktische handvaten zijn. Tevens is er soms ook geen aanspreekpunt voorhanden, of is dit aanspreekpunt niet bekend. Daarom wordt aanbevolen om duidelijk te communiceren wie de contactpersonen zijn bij zowel inhoudelijke als technische vragen over de ROM, en hoe en wanneer deze bereikbaar zijn. Een aanvulling hierop zou een folder kunnen zijn die de meest voorkomende vragen en antwoorden bevat die door behandelaren worden gesteld. Dit heeft tot voordeel dat er een groot aantal mensen met dezelfde vragen tegelijkertijd kan worden geholpen.

Attitude

Daarnaast kwam in dit onderzoek naar voren dat een negatieve attitude ten aanzien van de implementatie van de ROM verschillende oorzaken kan hebben. Hieronder volgen een aantal adviezen die betrekking hebben op de verschillende oorzaken.

Weinig kennis

Zo is er bijvoorbeeld naar voren gekomen dat te weinig informatieverstrekking een negatieve invloed kan hebben op de attitude. Hoe deze barrière kan worden verholpen is al in de voorgaande paragraaf over kennis besproken. Meer kennis over de ROM kan vervolgens ook ertoe leiden dat de ROM vaker wordt uitgetoetst. Het uitproberen van de ROM kan vervolgens op zich weer een positief effect hebben op de attitude.

Zorgverzekeraar

Daarnaast is duidelijk geworden dat een negatieve attitude ten aanzien van de ROM veelal samenhangt met bepaalde zorgen over het gebruik van de gegevens door de zorgverzekeraar. Opvallend hierbij is dat er weinig bekend lijkt te zijn over de precieze

huidige rol van de zorgverzekeraar en welke ontwikkelingen er in de toekomst kunnen worden verwacht. Dit gebrek aan kennis kan mogelijk mede een rol spelen bij de eerder sceptische houding. Daarom wordt aanbevolen om ook meer transparant en duidelijk te zijn over bijvoorbeeld de ontwikkelingen op het gebied van de ROM, de samenwerking met zorgverzekeraars, wat zorgverzekeraars tegenwoordig precies doen met de ROM en waarvoor ze het in de toekomst willen gebruiken. Een meer transparante communicatie hierover kan mogelijk tot meer vertrouwen in het management leiden en vervolgens ook tot een meer positieve attitude ten aanzien van de ROM. Uit onderzoek blijkt dan ook dat transparantie over veranderingen een positieve invloed kan hebben op het vertrouwen van medewerkers in de leidinggevende (Norman, Avolio, & Luthans, 2010).

Opgelegd

Voorts speelt de ervaring dat de ROM werd opgelegd en dat behandelaren weinig werden betrokken bij vraagstukken over de implementatie van de ROM een belangrijke rol. Ondanks dat het niet meer mogelijk is om het verleden aan te passen, kan er met behulp van meer transparantie over ontwikkelingen en discussies over de ROM, er wel voor worden gezorgd dat behandelaren zich mogelijk meer betrokken voelen bij het proces van de implementatie.

Ambivalent

Daarnaast lijkt er ook sprake te zijn van meer ambivalente gevoelens ten aanzien van de ROM. Er wordt dan ook door een aantal deelnemers een discussie gewenst waarin ervaringen met de ROM kunnen worden uitgewisseld. Wanneer diegene die de ROM wel als nuttig ervaren hun visie zouden bespreken, kan dit ertoe leiden dat anderen hun attitude aanpassen. Een voordeel hiervan is dat persoonlijke ervaringen van anderen vaak ook als geloofwaardiger worden gezien dan een uitleg die meer wetenschappelijk is gebaseerd (Rogers, 2003, pp.175/176).

Instrument

Verder is er in sommige gevallen sprake van een uitgesproken negatieve mening over het instrument van de ROM, de Outcome Questionnaire 45. Er wordt dan ook door de respondenten zelf genoemd dat meer of andere vragenlijsten wenselijk zouden zijn.

Cue-to action

Daarnaast is naar voren gekomen dat cues to action ervoor zouden kunnen zorgen dat de ROM minder wordt vergeten. Op dit moment wordt er van de behandelaren verwacht dat zij helemaal uit zichzelf bedenken dat ze de ROM moeten bekijken. Daarnaast wordt in het systeem niet duidelijk wanneer een ROM is ingevuld, hetgeen betekent dat behandelaren meerdere keren per cliënt per dag zouden moeten kijken óf er überhaupt een ROM is ingevuld. Dit heeft dan ook met de gebruikersvriendelijkheid van het systeem te maken. Een oplossing hiervoor biedt bijvoorbeeld een combinatie van het “principe van reductie” en het “principe van suggestion”(Fogg, 2003): Door een attendering in het systeem dat de ROM is ingevuld wordt de behandelaar aan de ROM herinnerd en het aantal stappen dat iemand moet nemen om de ROM te bekijken verminderd. Hierdoor wordt de taak makkelijker te combineren met de drukte van het dagelijkse werk.

Verder wordt genoemd dat de ROM op dit moment ook minder actueel is waardoor de ROM vaak wordt vergeten. Een mogelijkheid om de ROM weer actueel te maken binnen de instelling is onder andere dat de ROM ook bij de behandelplanbesprekingen wordt besproken. Ook de eerder genoemde discussies over de ROM, een studiemiddag en dergelijke, zouden helpen om de aandacht van behandelaren weer op de ROM te richten.

Theoretische implicaties & adviezen voor toekomstig onderzoek

De theoretische meerwaarde van dit onderzoek is de toepassing van de diffusion of innovations theorie en het concept “self efficacy” wat tot een meer diepgaande analyse heeft geleid van de precieze dynamiek achter de visie van behandelaren op het toekomstige gebruik van de ROM. Mogelijk kan de diffusion of innovations theorie ook in de toekomst een rol spelen bij onderzoek naar andere implementatievraagstukken.

In dit onderzoek werd vooral gekeken naar meer globale vraagstukken, zoals de algemene attitude en de mate waarin behandelaren geïnformeerd zijn over de ROM. Een aanvulling zou mogelijk kunnen zijn dat er op een later moment onderzoek wordt gedaan naar meer specifieke vraagstukken, bijvoorbeeld naar de gebruikersvriendelijkheid van de ROM. Ook zou het interessant zijn om onderzoek te doen naar de visie van andere partijen op het project ROM. Bij de ROM zijn immers meerdere partijen betrokken die een belangrijke rol spelen en van invloed zijn op het verloop van de implementatie, bijvoorbeeld de cliënten die

de vragenlijsten moeten invullen en het management dat de implementatie stuurt. Daarom zou het interessant zijn om bijvoorbeeld ook de attitude van cliënten te onderzoeken en welke mogelijkheden en barrières zij ervaren bij het project ROM. Daarnaast zou het interessant zijn om te onderzoeken in hoeverre het management betrokken is bij de ROM en wat hun visie erop is. Met deze informatie zou het mogelijk zijn om een holistisch beeld te krijgen van de aspecten die van belang zijn voor de verdere implementatie.

Deel 2: Effectmetingen, de samenhang met patiëntkenmerken en vergelijkbaarheid tussen vestigingen

Er werd een explorerend onderzoek gedaan naar het verloop van het aantal metingen en de patiëntkenmerken per meetmoment van vestiging A om een algemeen beeld te krijgen van de mate waarin begin- en tussenmetingen worden afgenomen. Verder werd gekeken (1) naar de mate van verandering op de totaalscore en de subschaal symptomatische distress van de OQ45 over een jaar bij cliënten in een tweedelijns ggz instelling, (2) of er een verschil is wat betreft deze veranderingen op de genoemde scores tussen twee vestigingen van dezelfde instelling en (3) in hoeverre de gevonden verschijscores op de totaalscore en symptomatische distress samenhangen met de patiëntkenmerken leeftijd en geslacht.

Verloop aantal metingen

Bij het explorerend onderzoek naar het verloop van het aantal metingen valt op dat deze bij beide vestigingen per meetmoment ongeveer halveert. Tijdens het eerste meetmoment zijn er in totaal 1096 metingen waarvan er op het vierde meetmoment nog maar 101 van over blijven. Een vergelijkbaar patroon werd ook al in eerder onderzoek gevonden: DeBeurs, et al. (2011) rapporteren dat het aantal metingen per meetmoment ongeveer met 50% daalt.

Het lage aantal metingen heeft een aantal implicaties. Ten eerste is dit een aanwijzing dat het nog niet lukt om de ROM metingen binnen de betreffende organisatie consequent af te nemen. Daarnaast is het twijfelachtig of de organisatie haar doelstelling van een respons van 30% per 1 augustus 2013 kan halen (interne evaluatiedocumenten). Wanneer de organisatie als doelstelling heeft om het aantal metingen te laten stijgen zou het van belang kunnen zijn om zich in de toekomst op de verdere integratie van de ROM in de behandelpraktijk te richten. De adviezen voortkomend uit het kwalitatieve onderzoek kunnen hierbij mogelijk helpen.

Daarnaast heeft het lage aantal metingen ook consequenties voor dit onderzoek: Er is niet bekend in hoeverre de patiëntkenmerken verschillen tussen de respondenten waarbij wel metingen zijn afgenomen en patiënten waarvan de metingen niet bekend zijn. Hierdoor zijn de resultaten van dit onderzoek mogelijk niet generaliseerbaar voor de hele patiëntenpopulatie. Voor toekomstig onderzoek zou het interessant zijn om de patiëntkenmerken te vergelijken om te kijken in hoeverre de gevonden resultaten generaliseerbaar zijn.

Er werd ook per meetmoment gekeken naar de patiëntkenmerken leeftijd, geslacht en clusterdiagnose van patiënten die in vestiging A worden behandeld. Hierbij valt op dat het percentage vrouwen sterk toeneemt: Tijdens de eerste meting is het percentage mannen en vrouwen ongeveer gelijk verdeeld (45.1% mannen, 53.2 % vrouwen), terwijl er bij de vierde meting nog maar ongeveer een derde van de respondenten mannelijk is (36.1% mannen, 63.9% vrouwen). Bovendien treedt er een verschuiving op bij de clusterdiagnoses. De drie meest voorkomende clusterdiagnoses tijdens de eerste twee metingen zijn respectievelijk stemmingsstoornissen, angststoornissen en stoornissen in de kindertijd. Tijdens de derde meting worden de stemmingsstoornissen gevolgd door persoonlijkheidsstoornissen en stoornissen in de kindertijd, en tijdens de vierde meting zijn de meest voorkomende clusterdiagnoses respectievelijk stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en angststoornissen. De verschuivingen in de clusterdiagnose en in de procentuele verdeling van mannen en vrouwen kan mogelijk samenhangen, gezien het feit dat de prevalentie van stemmings- en angststoornissen hoger ligt bij vrouwen, en de prevalentie van stoornissen in de kindertijd hoger ligt bij mannen (de Graaf, ten Have, van Gool, & van Dorsselaer, 2012). Er is echter niets bekend over de oorzaak-gevolg relatie. Dat wil zeggen dat het niet duidelijk is of vooral mannen geneigd zijn de metingen niet meer in te vullen, of dat vooral patiënten met stoornissen die vooral bij mannen optreden uitvallen op een later meetmoment.

Effectmetingen

Resultaten totaalscore/bevindingen

Bij de resultaten met betrekking tot de mate van verandering op de totaalscore over een jaar valt op dat deze afhankelijk van de gebruikte methode en het gebruikte bestand sterk verschillen. Zo is er met behulp van de gekoppelde t-toets bij beide bestanden een significante verbetering gevonden, terwijl het gevonden percentage herstel en verbetering op basis van de RCI vooral bij het eerste bestand opvallend laag is (percentage herstel en verbetering samen bij bestand 1: 27.4%). Het gevonden percentage herstel en verbetering bij het tweede bestand (43.3%) komt daarentegen beter overeen met wat er in eerder onderzoek is gerapporteerd. Lambert, Hansen, en Finch (2001) hebben bijvoorbeeld gevonden dat 50% van de patiënten na 21 sessies herstel of verbetering liet zien. Het feit dat er ook bij het tweede bestand iets minder goede effecten worden gevonden dan in eerder onderzoek werd gerapporteerd (Lambert, Hansen & Finch, 2001), kan mogelijk worden

verklaard doordat de achtergrond van de afsluiting van de behandeling niet duidelijk is: Naast een afronding op basis van een succesvol doorlopen behandeltraject kan dit immers ook op basis van uitval zijn.

Verklaringen: 1. Verschil tussen de twee methodes

Voor het verschil tussen de gevonden mate van verandering per methode en bestand zijn er twee verklaringen. Het feit dat er in het algemeen betere resultaten worden gevonden met de t toets voor gekoppelde paren dan met de RCI kan mogelijk worden verklaard op basis van de manier waarop de effecten worden gemeten. Bij de t toets voor gekoppelde paren wordt op groepsniveau gekeken of de gemiddelden van de eerste en laatste meting van elkaar verschillen.

Voor de RCI zijn daarentegen strenge criteria geformuleerd waaraan de scores van de individuele patiënten moeten voldoen wanneer men van verbetering of herstel wil spreken. De laatste meting op totaalscore moet minimaal 14 punten lager zijn dan de eerste meting, wil men van verbetering spreken. Wanneer de laatste meting daarnaast ook onder de 55 punten ligt wordt voldaan aan de criteria van herstel. De criteria van de RCI zijn dus veel strenger dan een statistische toets waarbij groepsgemiddelden worden vergeleken.

Verklaringen: 2. Eigenschappen van de bestanden in samenhang met de RCI

Wanneer men deze strenge criteria bekijkt is het logisch dat er op basis van de RCI een meer positief beeld van de veranderingen op de totaalscore bij het tweede bestand (N=67) wordt gevonden dan bij het eerste bestand (N=557) - ook al zou men op basis van het aantal metingen in eerste instantie iets anders verwachten. Het tweede bestand bevat, in tegenstelling tot bestand 1, een valide startmeting die rond het begin van de behandeling is afgenomen en een valide eindmeting die rond het laatste behandelcontact is afgenomen. Bestand 1 bevat metingen die over de periode April 2011 tot April 2012 zijn verricht, waarbij men echter niet kan nagaan hoe ver de patiënten in het behandeltraject zijn. Dit betekent dat „beginmeting“ in dit bestand niet de startmeting van de behandeling is, maar de eerste meting van de patiënten in de betreffende periode. Hetzelfde geldt voor de laatste meting: Het betreft hier niet per se de eindmeting van de behandeling, maar de laatste meting in de betreffende periode. Bij dit bestand is dus niet bekend wat je precies met elkaar vergelijkt:

dat kan in sommige gevallen daadwerkelijk een vergelijking zijn tussen een start en eindmeting, maar in veel gevallen zal het gaan om een vergelijking tussen tussenmetingen die midden in de behandeling zijn verricht. Het is dan ook aannemelijk dat patiënten die de therapie hebben afgesloten (bestand 2) eerder aan de criteria voldoen voor verbetering, en vooral herstel, dan patiënten die mogelijk nog midden in de behandeling zitten.

Resultaten Symptomatische distress

Er werd zowel bij bestand 1 als bestand 2 een significante verbetering gevonden tussen de eerste en laatste meting op symptomatische distress. Ook bij deze subschaal waren de uitkomsten iets positiever bij bestand 2 dan bij bestand 1.

Opvallend is wel dat er bij rond een derde van de patiënten verslechtering optreedt op klachtenniveau. Op dit moment zijn er helaas geen gegevens uit ander onderzoek beschikbaar over deze subschaal zodat er geen vergelijking van de gevonden uitkomsten kan worden gemaakt. Een aanbeveling zou dan ook zijn om in de toekomst meer onderzoek te doen naar de effecten op de subschalen van de OQ45.

Vergelijking tussen twee vestigingen

Er werd bij beide bestanden, en zowel bij de totaalscore als bij de subschaal symptomatische distress geen verschil gevonden tussen de vestigingen wat betreft de mate van verandering op de scores.

Deze bevinding moet wel met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Ten eerste bevat het tweede bestand maar 39 metingen van vestiging A en 28 metingen van vestiging B waardoor de kans klein is dat er überhaupt een significant verschil zou kunnen worden opgespoord. Het eerste bestand heeft wellicht een groter aantal metingen maar de verdeling van het aantal metingen per vestiging is niet gelijk: Vestiging A ($n_1 = 395$) heeft meer dan twee keer zo veel metingen dan vestiging B ($n_2 = 159$). Aangezien de resultaten hierdoor sterk vertekend kunnen zijn, wordt aanbevolen om dit onderzoek later te herhalen wanneer meer data beschikbaar zijn.

Samenhang verandering op totaalscore/symptomatische distress & patiëntkenmerken

Er werd geen samenhang gevonden tussen de patiëntkenmerken geslacht of leeftijd met de RCI totaalscore. Ook werd er geen samenhang gevonden tussen de verschillscore op symptomatische distress met één van de patiëntkenmerken. Dit komt overeen met eerdere bevindingen (Lambert et al., 1996).

Ook deze bevindingen moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Een bestand met in totaal 555 (bestand 1), of 67 (bestand 2) metingen is weliswaar te klein om een samenhang te kunnen meten tussen een verschillscore (symptomatische distress), of de mediaan van de RCI (totaalscore), en elk van de vijf leeftijdscategorieën of het geslacht.

Sterke punten, limitaties en implicaties

Het onderzoek heeft een aantal beperkingen die vooral betrekking hebben op de kwaliteit van de beschikbare data en het aantal metingen. Het ene bestand heeft een erg klein aantal metingen, waardoor de betrouwbaarheid aanzienlijk wordt verlaagd. Het andere bestand is groter maar heeft geen valide start- en eindmeting, waardoor niet duidelijk is welke scores men precies met elkaar vergelijkt. Hierdoor zijn de gevonden resultaten mogelijk niet valide. Dit betekent dat de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Gezien de genoemde beperkingen van het onderzoek worden de resultaten dan ook eerder als algemene trends beschouwd. Deze zijn met betrekking tot de verandering op de totaalscores en symptomatische distress over het algemeen positief te noemen. Ook zijn de resultaten enigszins vergelijkbaar met eerdere bevindingen (Lambert, Hansen, & Finch, 2001). Ook Lambert, Hansen, en Finch (2001) hebben de behandel-effecten op basis van de OQ45 gemeten, en de kenmerken van de onderzochte patiënten zijn vergelijkbaar met de patiëntkenmerken in dit onderzoek.

Deze gegevens zijn vooral interessant voor het management van de betreffende instelling. Zij hebben nu de mogelijkheid om te kijken in hoeverre de uitkomsten overeenkomen met hun verwachtingen. De transparantie van de scores op de OQ45 kan een waardevolle stimulans zijn voor verdere beleidsbepaling. Dit sluit dan ook aan bij het zogenoemde kwaliteitsmanagement: Hiervoor worden uitkomsten uit onderzoek naar de behandel-effecten gebruikt om de kwaliteitsverbetering steeds weer aan te sturen.

Daarnaast is het interessant dat statistische toetsen die gebaseerd zijn op gemiddelden andere informatie opleveren dan berekeningen met de Reliability Change Index. Het gebruik van statistische toetsen lijkt beter geschikt om kleine veranderingen of algemene trends op te sporen dan tests die gebaseerd zijn op de meer strenge normen van de Reliability Change Index. Het gebruik van verschillende methoden om behandel-effecten te meten kan dan ook een aanbeveling vormen voor zowel verder onderzoek naar effecten van de ROM als voor de benchmark.

Een aanbeveling voor toekomstig onderzoek is om dit onderzoek nog een keer te herhalen wanneer er meer data beschikbaar zijn. Voor onderzoek naar behandel-effecten zijn gegevens van patiënten die hun behandeling al hebben afgesloten het meest waardevol. Daarvoor is echter ook een beetje geduld nodig. De ROM is immers pas in 2011 ingevoerd en een groot aantal behandelingen duurt wellicht langer dan een jaar.

Algemene conclusie

Uit het onderzoek komt naar voren dat het aantal metingen nog erg laag is en ongeveer halveert per meetmoment. Dit had onder andere tot gevolg dat er weinig gegevens beschikbaar waren voor de kwantitatieve analyses, waardoor de gevonden resultaten mogelijk niet betrouwbaar en valide zijn. Verder werd uit de interviews met zeven behandelaren duidelijk dat er sprake is van enige weerstand ten aanzien van een aantal punten van de ROM. Hierdoor wordt de ROM nog weinig gebruikt door de geïnterviewden. Wanneer de organisatie als doelstelling heeft om het aantal metingen te laten stijgen zou het van belang kunnen zijn om zich in de toekomst op de verdere integratie van de ROM in de behandelpraktijk te richten. De adviezen voortkomend uit het kwalitatieve onderzoek kunnen hierbij mogelijk helpen.

Referenties

- Armenakis, A.A., & Bedeian, A.G. (1999). Organizational change: a review of theory and research in the 1990s. *Journal of Management*, 25 (3), 293-315.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A., & Adams, N.E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287-310.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37 (2), 122-147.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Callaly, T., Hyland, M., Coombs, T. & Trauer, T. (2006). Routine outcome measurement in public health: results of a clinician survey. *Australian Health Review*, 30(2), 164-173.
- De Beurs, E. (2005). Routine outcome monitoring in het LUMC en Rivierduinen.
- De Beurs, E., den Hollander-Gijsman, M.E., Buwalda, V., Trijsburg, W., & Zitman, F. (2005). De outcome questionnaire OQ45, psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, 393-400.
- De Beurs, E., den Hollander-Gijsman, M.E., van Rood, Y.R., van der Wee, N.J.A., Giltay, E.J., van Noorden, M.S., van der Lem, R., van Fenema, E., & Zitman, F.G. (2011). Routine outcome monitoring in the Netherlands: Practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 1-12. DOI: 10.1002/cpp.696
- De Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C., & van Dorsselaer, S. (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54(1), p.27-38.

- De Jong, K., Nugter, M.A., Lambert, M.J., & Burlingame, G.M. (2009). *Handleiding voor afname en scoring van de Outcome Questionnaire (OQ-45.2)*. Salt Lake City, UT: OQ Measures LLC.
- Delespaul, P. (2011). Hulpverlening – ‘back to basics’. In S. Van Hees, P. Van der Vlist & N. Mulder (Eds.), *Van weten naar meten: Rom in de GGZ (pp.241-249)*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Emans, B. (1990). *Interviewen: Theorie, Techniek en Training*. Groningen, the Netherlands: Wolters-Noordhoff.
- Fogg, B.J. (2003). *Persuasive technology: using computers to change what we think and do*. San Francisco, California: Morgan Kaufmann Publishers.
- Garland, A.F., Kruse, M., & Aarons, G.A. (2003). Clinicians and outcome measurement: What’s the use? *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(4), 393-405.
- Howard, K.I., Moras, K., Brill, P.L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51(10), 1059-1064.
- Laane, R. & Luijk, R. (2012). ROM en positie van zorgverzekeraars. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54(2), 132-139.
- Lambert, M.J. (2001). Psychotherapy outcome and quality improvement: Introduction to the special section on patient-focused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 147-149. DOI: 10.1037//0022-006X.69.2.147
- Lambert, M.J. (2012). Helping clinicians to use and learn from research-based systems: The OQ-analyst. *Psychotherapy*, 49 (2), 109-114. DOI: 10.1037/a0027110
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G.C., & Yanchar, S.C. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(4), 249-258.

- Lambert, M.J., Hansen, N.B., & Finch, A.E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 159-172. DOI: 10.1037/0022-006X.69.2.159
- Lambert, M.J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J.L., & Hawkins, E.J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *J Clin Psychol*, 61(2), 165-174. DOI: 10.1002/jclp.20113
- Meehan, T., McCombes, S., Hatzipetrou, L., & Catchpoole, R. (2006): Introduction of routine outcome measures: staff reactions and issues for considerations. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 581-587.
- Mulder, N. (2011). Inleiding. In S. Van Hees, P. Van der Vlist & N. Mulder (Eds.), *Van weten naar meten: Rom in de GGZ (pp.13-15)*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Norman, S.M., Avolio, B.J., & Luthans, F. (2010). The impact of positivity and transparency on trust in leaders and their perceived effectiveness. *The Leadership Quarterly*, 21, p.350-364. DOI: 10.1016/j.leaqua.2010.03.002
- Nugter, M.A., & Buwalda, V.J.A. (2012). Achtergronden en gebruiksmogelijkheden van ROM in de ggz. *Tijdschrift voor psychiatrie* 54(2), 111-120.
- Oreg, S. (2003). Resistance to change: developing an individual differences measure. *Journal of Applied Psychology*, 88 (4), 680-693. DOI: 10.1037/0021-9010.88.4.680
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York, NY: free press.
- Slade, M., Thornicroft, G., & Glover, G. (1999). The feasibility of routine outcome measures in mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34, 243-249
- Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen: Diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie*. Houten/Diegem, the Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
- Trauer, T., Callaly, T., & Herrman, H. (2009). Attitudes of mental health staff to routine outcome measurement. *Journal of Mental Health*, 18(4), 288-296. DOI: 10.1080/09638230701879177.

Van der Horst, A., van Erp, F., & de Jong, J. (2011). Zorg blijft groeien: Financiering onder druk. *CPB policy brief*, 2011/11.

Wanberg, C.R., & Banas, J.T. (2000). Predictors and outcomes of openness to changes in a reorganizing workplace. *Journal of Applied Psychology*, 85 (1), 132-142. DOI: 10.1037//0021-9010.85.1.132

Zitman, F.G. (2012). ROM bij stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen; bemoedigende resultaten. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54(2), 173-177.

Zorgverzekeraars Nederland & GGZ Nederland (2010, July 5). Bestuurlijk akkoord. Retrieved October 27, 2012, from <http://www.onvz.nl/onvz/documenten/2011/bestuurlijk-akkoord-ggz-n-en-zn.pdf>

Bijlage 1 Interviewschema

Introductie

Welkom!

Mijn naam is Britta Semlianoi en ik ga je vandaag interviewen over de implementatie van de ROM. Als het goed is heb je hierover ook al een mail ontvangen en ik heb ook tijdens de beleidsvergadering al het een en ander verteld. Ik zal toch nog even kort toelichten wat de bedoeling van het interview is. Kort geleden werd de ROM, een afkorting voor “Routine Outcome Monitoring”, ook binnen (naam instelling) ingevoerd. De bedoeling van dit onderzoek is om de implementatie hiervan te onderzoeken. Ik ga je straks vragen stellen over bijvoorbeeld hoe je het proces van de implementatie hebt ervaren, wat je van de ROM en de implementatie ervan tot nu toe vindt en of er volgens jou nog verbeterpunten zijn. Met de uitkomsten van dit onderzoek hopen mijn collega en ik een bijdrage te kunnen leveren aan het optimaliseren van het gebruik van de ROM.

Samen met de projectleider van (naam instelling) heb ik een lijst opgesteld met namen van medewerkers die op de afdeling “Kortdurende zorg voor volwassenen” werken. Door toeval ben jij uitgekozen voor dit interview.

Tijdens het interview zal ik je antwoorden mee schrijven. Ook wordt het gesprek opgenomen via geluidsopname. Dit dient ervoor om later tijdens de uitwerking niets te vergeten. Je antwoorden zullen geanonimiseerd worden zodat je niet meer herkenbaar bent.

Het idee is dat we alle interviews tot midden februari afnemen en midden maart klaar zijn met het analyseren ervan. Als je geïnteresseerd bent in de uitkomsten van dit onderzoek kun je dit aangeven bij mij. Ik zal de uitkomsten ook presenteren in een beleidsvergadering/MDO/..

Het interview bevat in totaal ongeveer 16 vragen. Het is niet de bedoeling om erg uitgebreid in te gaan op elke vraag omdat we in totaal maar 30 min hebben.

Heb je nog vragen?

Is het zo akkoord?

Vragen

Beginvragen/Achtergrond

Ben je bekend met de ROM?

Wat is je functie bij (naam instelling)?

Brede openingsvraag

Kun je mij vertellen wat je vindt van de implementatie van de ROM kort geleden?

Informatie

Inhoeverre voel jij je **geïnformeerd** over de ROM?

Hoe ben je geïnformeerd over de ROM? (Training, informatiebijeenkomsten?)

Ben je bekend met de **redenen** voor de invoering van de ROM? (de achtergrond, redenen)

Werd je geïnformeerd over hoe je gegevens moet gebruiken?

Attitude (*positief, negatief, ambivalent*)

Wat vindt je van de ROM in het algemeen? (Nuttig/een toevoeging?) / Wat vindt je van het feit dat er routinematig een effectmeting wordt afgenomen (meerwaarde?)

Wat vindt je van het feit dat er routinematig de OQ45 wordt afgenomen?

Gebruik

Gebruik je de ROM?

Op welke manier?

Welke rol speelt de ROM in de dagelijkse praktijk voor jou?

Verbeterpunten

Heb je verbeterpunten t.a.v. de ROM?

Denk je dat het gebruik van de ROM nog meer geoptimaliseerd kan worden?

Zijn er dingen die je gemist hebt tijdens de implementatie?

- (Nog iets nodig, informatie, training...?)

Afsluiting

Dit was de laatste vraag/In verband met de tijd moeten we het interview afronden.

Ik wil je hartelijk bedanken voor je deelname aan dit onderzoek. Mijn collega en ik zullen je antwoorden verwerken in een rapport.

Ik zal binnenkort doorgeven wanneer en waar de presentatie van de resultaten plaats vindt.

Daarnaast kun je de resultaten ook op papier aanvragen, in dat geval zal ik eind maart een kleine samenvatting van de onderzoeksbevindingen opsturen via de mail of per post.