



Bachelor opdracht Gezondheidswetenschappen

Onderzoek naar knelpunten bij de uitvoering van de
ROM in het TOPGGz centrum Verslaving & LVB
binnen Tactus



Centrum

Verslaving & LVB

Fleur Korving (s2189631)
Maaïke van Veluwen (s2134446)
29-6-2021

Opdrachtgever: Dr. J. G. van Manen
Begeleiders: Dr. J. A. van Til, R. Kortekaas

UNIVERSITY OF TWENTE.

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie ‘Onderzoek naar knelpunten bij de uitvoering van de ROM in het TOPGGz centrum Verslaving & LVB binnen Tactus’.

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de bacheloropdracht van de studie Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Het afstudeerverslag is het resultaat van een afstudeeronderzoek in opdracht van Tactus Verslavingszorg en kijkt naar de knelpunten die ervaren worden tijdens de ROM-afname bij licht verstandelijk beperkten bij het TOPGGz centrum Verslaving & LVB. Het onderzoek bevat zowel een kwalitatief als een kwantitatief deel en is uitgevoerd in de periode februari 2021 tot en met juli 2021.

In dit voorwoord bedanken wij onze begeleiders dr. J.A. van Til en R. Kortekaas vanuit de Universiteit Twente en dr. J.G. van Manen vanuit Tactus voor de prettige en leerzame samenwerking, de feedback en behulpzaamheid gedurende het schrijven van deze scriptie.

Wij wensen u veel leesplezier toe,

Fleur Korving en Maaïke van Veluwen

Enschede, juni 2021

Samenvatting

Achtergrond: Tactus, een instelling voor verslavingszorg, biedt hoog specialistische zorg aan mensen met een verslaving en een licht verstandelijke beperking (LVB) vanuit het Centrum Verslaving & LVB. Tijdens de behandeling bij Tactus wordt systematische periodieke evaluatie (Routine Outcome Measurement (ROM)) afgenomen. De ROM wordt uitgevoerd door middel van de Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie (MATE), een instrument voor het vaststellen van patiëntkenmerken bij verslaving. De behandeling wordt voor cliënten met een LVB bemoeilijkt door cognitieve en adaptieve beperkingen die de LVB-clieënten ervaren. De ROM is bij LVB nog niet volledig geïmplementeerd en in de praktijk bestaat het idee dat de MATE niet of slechts deels ingevuld wordt.

Doel: Het doel van het onderzoek is om een advies uit te brengen over het verbeteren van de implementatie van ROM-afname bij LVB bij het TOPGGz centrum Verslaving & LVB. Het doel wordt behaald door antwoord te geven op de volgende onderzoeksvragen: 1) In hoeverre wordt tijdens de ROM-afname met LVB bij het TopGGz centrum Verslaving & LVB de MATE ingevuld en welke factoren zijn daarop van invloed? 2) Welke knelpunten worden ervaren door de betrokken professionals bij de ROM-afname met LVB bij het TopGGz centrum Verslaving & LVB? 3) Welke verbeteringen voor de knelpunten worden gegeven door de betrokken professionals bij de ROM-afname met LVB bij het TopGGz centrum Verslaving & LVB?

Methode: Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. Onderzoeksvraag 1 is beantwoord door middel van kwantitatieve data-analyse op data van de MATE-antwoorden en client- en teamgegevens. Daarbij zijn beschrijvende statistiek, univariate testen en een multivariate test uitgevoerd. Onderzoeksvraag 2 en 3 zijn beantwoord door middel van een explorend kwalitatief onderzoek. Negen semigestructureerde interviews met professionals betrokken bij de ROM-afname bij het TOPGGz centrum Verslaving & LVB werden afgenomen.

Resultaten: Een analyse is uitgevoerd op gegevens van 283 cliënten. Hieruit is gebleken dat de MATE gemiddeld voor 39,1 procent wordt ingevuld. Leeftijd van de cliënt en ingeschreven staan voor een behandeling bij het behandelteam Zwolle 2 - Ambulant blijken significante voorspellers voor in hoeverre de MATE is ingevuld. Uit de interviews is gebleken dat professionals de volgende knelpunten ervaren: het maken van aanpassingen aan de ROM voor LVB-clieënten; professionals ervaren ROM als verplichting; professionals hebben ROM niet nodig om te weten hoe het met de cliënt gaat; vragen in de MATE zijn te complex en beperkingen van de LVB-clieënten bemoeilijken de ROM-afname. De professionals gaven de volgende adviezen voor het verbeteren van de knelpunten: aanpassen van de MATE voor LVB-clieënten; houding van de professionals positief veranderen; inzetten van ketenzorgpartners bij de ROM-afname; ROM meer standaardiseren in werkproces.

Conclusie: Het uiteindelijke advies voor het verbeteren van de implementatie van de ROM-afname bij LVB-clieënten bij het TOPGGz centrum Verslaving & LVB is het aanpassen van de ROM zodat deze LVB-vriendelijk wordt en de houding van behandelaren ten opzichte van de ROM positief veranderen.

Aanbevelingen: Voor kwantitatief vervolgonderzoek zouden de resultaten van de MATEs van de tussentijdse ROM en de eind-ROM meegenomen kunnen worden. Daarnaast zou voor kwalitatief vervolgonderzoek de ervaringen van LVB-clieënten met de ROM-afname onderzocht kunnen worden en elk knelpunt of elk advies zou op zichzelf onderzocht kunnen worden.

Begrippenlijst

ASI = Addiction Severity Index

CQI = Consumer Quality Index

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EPD = Elektronisch Patiënten Dossier

GGZ = geestelijke verslavingszorg

HONOS = Health of the Nation Outcome Scale

ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

IQ = intelligentiequotiënt

LVB = licht verstandelijke beperking

MATE = Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie

NHG = Nederlands Huisartsengenootschap

PROM = Patient Reported Outcome Measures

ROM = Routine Outcome Monitoring

SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire

SGGZ = Gespecialiseerde Geestelijke Gezondheidszorg

VB = verstandelijke beperking

WHO = World Health Organization

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting.....	2
Begrippenlijst	3
1. Inleiding	6
1.1 Context.....	6
1.2 Probleemstelling.....	7
1.3 Doelstelling	7
1.4 Onderzoeksvragen	8
2.Theoretisch kader	9
2.1 Licht verstandelijke beperking	9
2.2 Verslaving	9
2.3 Routine Outcome Monitoring (ROM).....	10
2.4 Meting van Addictie voor Triage en Evaluatie (MATE)	11
2.5 Overige vragenlijsten voor het uitvoeren van de ROM	13
2.6 Facilitators en knelpunten bij de implementatie van de ROM uit eerder onderzoek.....	14
2.6.1 Theory of Constraints.....	14
2.6.2 Facilitators en knelpunten uit onderzoek over PROMs.....	15
2.6.3 Reeds gevonden knelpunten rondom ROM bij Tactus bij cliënten met een LVB	15
2.7 Beperkingen van mensen met een verstandelijke beperking bij afname meetinstrumenten	16
2.8 Beoordelen meetinstrumenten: Klinimetrie	18
2.8.1 Toepassing klinimetrie	18
3. Methode	20
3.1 In hoeverre wordt de MATE ingevuld en welke factoren zijn hierop van invloed?	20
3.1.1 Onderzoeksmethode	20
3.1.2 Dataverzameling.....	20
3.1.3 Onderzoekspopulatie	20
3.1.4 Data-analyse	21
3.2 Welke knelpunten en verbeteringen worden gegeven door betrokken professionals?	22
3.2.1 Onderzoeksmethode.....	22
3.2.2 Dataverzameling.....	23
3.2.3 Onderzoekspopulatie	23
3.2.4 Data-analyse	24
4. Resultaten.....	25
4.1 Resultaten in hoeverre de MATE is ingevuld en invloed van factoren	25
4.1.1 Algemene kenmerken onderzoekspopulatie	25

4.1.2 In hoeverre de MATE is ingevuld	26
4.1.2 Relatie tussen factoren en MATE-percentages.....	28
4.1.3 Gecombineerde invloed factoren op MATE-percentages.....	28
4.2.1. Karakteristieken onderzoekspopulatie interviews.....	29
4.2.2 Thema's knelpunten	29
4.2.3 Resultaten gevonden adviezen.....	37
5. Discussie	41
5.1 Reflectie op resultaten	41
5.1.1 Reflectie op resultaten in hoeverre de MATE wordt ingevuld en welke factoren daarop van invloed zijn.....	41
5.2 Beperkingen van het onderzoek:	44
5.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	45
6. Conclusie.....	46
Referentielijst	47
Appendix.....	49
Appendix A: Syntax SPSS	49
Appendix B: Interviewschema behandelaren	51
Appendix C: Interviewschema niet-behandelaren	53
Appendix D: Uitkomsten univariate en multivariate testen	55

1. Inleiding

1.1 Context

In de Nederlandse samenleving is het gebruik van middelen, waaronder tabak, alcohol en drugs, een veel voorkomend verschijnsel (1). Wanneer het middelengebruik omslaat in geestelijke of lichamelijke afhankelijkheid is sprake van een verslaving (2). In 2019 werden in een gezondheidsenquête van het CBS ruim drie miljoen verslavingen aan middelen gemeld (1). Voor deze verslavingen zijn 60.000 behandelingen uitgevoerd. Ook onder jongeren en volwassenen met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB) is het gebruik van tabak, alcohol en drugs geen uitzondering, doordat zij een verhoogd risico hebben op een verslaving (2).

Een licht verstandelijke beperking kenmerkt zich door een IQ tussen de 50 en 85, in combinatie met een lager adaptief vermogen en minder sociaal-cognitieve vaardigheden (3). Uit onderzoek van Van der Nagel uit 2016 blijkt dat 15% van de volwassenen met een LVB problematisch alcohol dronk en 8% problematisch cannabis en/of harddrugs gebruikte (2)(4). Problematisch gebruik wordt volgens de NHG gesteld als ‘drink- of drugspatroon dat leidt tot lichamelijke klachten en/of psychische of sociale problemen en dat een adequate aanpak van bestaande problemen verhindert.’ De geconsumeerde hoeveelheid alcohol is niet leidend voor de diagnose (5).’ De LVB-groep ondervindt meer en heftigere negatieve consequenties van middelengebruik in vergelijking met mensen zonder een LVB. Volwassenen met een LVB zijn daarnaast erg kwetsbaar voor het ontwikkelen van verslavingsproblematiek mede door accumulatie van biologische, psychologische en sociaal-maatschappelijke risicofactoren (2).

Tactus, een instelling voor verslavingszorg, biedt hoog specialistische zorg aan mensen met een verslaving en een LVB vanuit het Centrum Verslaving & LVB (7). Cliënten met een LVB doorlopen een aangepaste intake: de intake is opgedeeld in twee delen en in ten minste één van deze bijeenkomsten is een vertrouwenspersoon aanwezig. Daarnaast duurt de behandeling vaak langer dan bij cliënten zonder een LVB en wordt gebruik gemaakt van een samenwerking tussen verslavingszorg, LVB-zorg en psychiatrie. Ook is er een mogelijkheid tot een opname op de klinische LVB-afdeling. De behandeling voor cliënten met een LVB wordt bemoeilijkt door cognitieve en adaptieve beperkingen die bij de LVB-cliënten horen (7). Deze beperkingen bij LVB kunnen zowel tijdens de behandeling, als tijdens de systematische periodieke evaluatie ondervonden worden. De beperkingen kunnen komen doordat het voor een client met LVB lastig is om hulpverleningscontact aan te gaan, deze te onderhouden en om behandelconcepten te begrijpen. Ook kunnen de afnamelijsten van de Routine Outcome Measurement (ROM) te complex zijn voor mensen met een LVB of een te lange duur hebben waardoor de focus van de cliënt niet volledig bij de afname ligt (8).

Tijdens de behandeling bij Tactus wordt een systematische periodieke evaluatie, de ROM, afgenomen (9). Het uitvoeren van de ROM gebeurt tijdens de intake en bij de afsluiting of verlenging van een behandeling. Bij langere behandeltrajecten vindt de ROM tussentijds om de drie maanden plaats. De ROM heeft de volgende doelstellingen: terugkoppeling van resultaten naar de cliënt, verbetering van de kwaliteit van de zorg en onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling. De ROM wordt uitgevoerd door middel van de Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie (MATE). De MATE heeft als doel het vaststellen van patiëntkenmerken voor het stellen van de indicatie voor zorg op valide en betrouwbare wijze. Daarnaast wordt de MATE gebruikt ten behoeve van de evaluatie van de verleende zorg. Dit gebeurt aan de hand van tien modules, gericht op verschillende onderwerpen omtrent verslaving en de cliënt. Het ROMmen kan daarmee op individueel niveau aantonen wat het effect van de behandeling is. Op deze manier kan de zorg beter op de individuele behoeften van de cliënt worden afgestemd. Daarnaast behoeven zorgverzekeraars dat de uitkomsten van de ROM gebruikt worden in de

behandeling van cliënten en dat de resultaten gebruikt worden bij gesprekken tussen behandelaar en cliënt. Ten slotte moeten de ROM-gegevens door Tactus op geaggregeerd niveau gebruikt worden voor kwaliteitsverbetering. Deze evaluaties vinden plaats voor trajecten op individueel- en groepsniveau en worden met alle patiënten gehouden, ook met LVB-cliënten. Voor LVB-cliënten vergt het evalueren van behandelresultaten aanpassingen ten opzichte van de standaardprocedure (10) omdat professionals ervaren dat de ROM niet LVB-vriendelijk genoeg is.

1.2 Probleemstelling

De ROM-afname binnen het Zorgpad LVB & Verslaving wordt uitgevoerd op de locaties binnen het kenniscentrum¹. De ROM is echter nog niet volledig geïmplementeerd. In de praktijk bestaat het idee dat de MATE niet of slechts deels ingevuld wordt bij cliënten met een LVB. Rondom het proces van het afnemen van de ROM worden namelijk moeilijkheden ervaren door de professionals van Tactus. In een eerder rapport inventariseerde de organisatie al een aantal knelpunten die het afnemen van de ROM bij de LVB-doelgroep bemoeilijken (10). Zo worden, 1) de onbekendheid met de werkzame strategie om de ROM LVB vriendelijker te maken, 2) het gebrek aan eenduidige werkinstructies aangepast aan de situatie bij Tactus, 3) de vooroordelen over haalbaarheid en wenselijkheid van de ROM bij de LVB doelgroep en 4) de praktische bezwaren, zoals het in beslag nemen van extra tijd, genoemd. Ook worden inhoudelijke beperkingen van de MATE benoemd. Zo zijn de niet-middelengebonden lijsten van de MATE ten dele te complex voor mensen met LVB en geven deze lijsten een beperkt zicht op de problematiek. Over andere lijsten in de MATE (ondersteuningsbehoefte en niveau van functioneren) wordt aangegeven dat het voor de professional niet duidelijk is hoe bij de scoring rekening gehouden moet worden met de LVB. Ten slotte wordt aangekaart dat belangrijke aspecten zoals psychiatrische co-morbiditeit en kwaliteit van leven in de huidige ROM onvoldoende belicht worden. Uit het rapport wordt het echter onvoldoende duidelijk welke knelpunten daadwerkelijk in de praktijk de implementatie van de ROM bemoeilijken, of dit alle knelpunten zijn waar men tegenaan loopt en of er vanuit de zorgprofessionals mogelijke verbeteringen zijn. Daarnaast is het onbekend hoe vaak en in welke gradatie de MATE ingevuld wordt. Daardoor is het niet duidelijk hoe groot het probleem in de praktijk is.

1.3 Doelstelling

Het doel van het project is een advies uit te brengen over het verbeteren van de implementatie van ROM-afname bij LVB bij het TOPGGz centrum Verslaving & LVB. In dit onderzoek wordt gekeken naar barrières voor de ROM-afname bij LVB bij het TOPGGz centrum Verslaving & LVB. Dit wordt onderzocht door middel van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. Hoewel in de praktijk het idee bestaat dat de MATE niet of slechts deels ingevuld wordt bij cliënten met een LVB, is het onduidelijk hoe vaak dit voorkomt. Door dit in kaart te brengen kan bepaald worden hoe groot het probleem daadwerkelijk is. Als onderdeel van dit onderzoek wordt onderzocht in hoeverre de MATE ingevuld wordt en welke factoren daarop van invloed zijn. Daarnaast is het onduidelijk op welke vlakken de professionals in de praktijk moeilijkheden ervaren bij het uitvoeren van de ROM. Daarom wordt in dit onderzoek vanuit een breed perspectief gekeken naar ervaringen met het uitvoeren van de ROM en knelpunten die daarbij door de betrokken professionals ondervonden worden. Door deze in kaart te brengen worden de knelpunten inzichtelijk gemaakt voor Tactus. Met deze kennis wordt een gericht advies uitgebracht over de implementatie van de ROM-afname, zodat in de toekomst de ROM-afname beter kan verlopen.

¹ Poliklinieken Almelo, Enschede, Winterswijk, Zutphen, klinische afdelingen Rekken Noord, Rekken West, IBK Aqua, PRK Hanze

1.4 Onderzoeksvragen

Om dit doel te bereiken zijn de volgende specifieke onderzoeksvragen gesteld:

1. In hoeverre wordt tijdens de ROM-afname met LVB bij het TopGGz centrum Verslaving & LVB de MATE ingevuld en welke factoren zijn daarop van invloed?
2. Welke knelpunten worden ervaren door de betrokken professionals bij de ROM-afname met LVB bij het TopGGz centrum Verslaving & LVB?
3. Welke verbeteringen voor de knelpunten worden gegeven door de betrokken professionals bij de ROM-afname met LVB bij het TopGGz centrum Verslaving & LVB?

2. Theoretisch kader

2.1 Licht verstandelijke beperking

In dit onderzoek staat de zorg voor cliënten met een licht verstandelijke beperking en verslaving centraal, daarom zal voor beide onderwerpen context gegeven worden.

Een verstandelijke beperking wordt in de DSM-IV, een classificatiesysteem waarin is opgesteld welke omschrijving, symptomen en andere criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis (13), vermeldt onder ‘stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden (13). Een verstandelijke beperking wordt in de DSM-IV gecategoriseerd aan de hand van het IQ: zwakbegaafd (70-84), licht verstandelijk beperkt (50-69) en matig verstandelijk beperkt (35-49). In Nederland wordt de term LVB gebruikt voor patiënten met een IQ tussen de 50 en 85. Volgens de DSM-V uit een licht verstandelijke beperking zich in tekorten in het adaptief vermogen, het vermogen om actief te kunnen meedraaien in de samenleving. De DSM-V hanteert hierbij geen criterium voor het IQ en stelt dat tijdens de ontwikkelingsfase beperkingen zijn ontstaan in het conceptuele, praktische en sociale domein (13).

In 2.8 wordt verder ingegaan op beperkingen van cliënten met een LVB tijdens onderzoek.

2.2 Verslaving

Verslaving is een chronische ziekte die gekenmerkt wordt door een mentale obsessie en/of dwangmatig gedrag rond het gebruik van een bepaalde stof of een betreffende handeling (14). Er is sprake van een verslaving als men lichamelijk en geestelijke afhankelijkheid is van een middel en als het middel het hele leven beheerst (15). Aan het ontwikkelen van een verslaving gaat een proces vooraf, dit proces bestaat uit vier fasen. Het middel en de levensomstandigheden bepalen de snelheid waarmee de fasen doorlopen worden. De eerste fase is de experimenteerfase. Deze fase start op jonge leeftijd met het uit nieuwsgierigheid voorkomen van experimenteel gebruik. De tweede fase is een fase van sociaal of geïntegreerd gebruik.

Het gebruik van het middel wordt in het leven geïntegreerd zonder dat hier nadelen van worden ondervonden. De kans dat het gebruik doorzet en overmatig wordt hangt in deze fase vooral af van genetische kwetsbaarheid. Bij fase drie is sprake van overmatig en schadelijk gebruik, het gebruik speelt daarbij een substantiële en grotere rol in het dagelijks leven. Saillante is de vierde fase, in deze verslavingsfase wordt het hele leven beheerst door het gebruik. Schadelijke gevolgen op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied zijn merkbaar. De kans op verslaving wordt door verschillende factoren beïnvloed. De belangrijkste oorzaken zijn: het soort middel, genetische factoren en omgevingsfactoren (16).

Door het gebruik van middelen passen de synapsen in de hersenen zich aan, receptoren verminderen en de gebruiker krijgt in mindere mate een beloningsgevoel op natuurlijke prikkels (26). De afhankelijkheid van een soort middel hangt af van de mate waarin het middel het beloningssysteem beïnvloed. Hoe sterker de beïnvloeding, hoe verslavender de stof is.

Daarnaast wordt de manier waarop neurotransmitters werken, stoffen die signalen van de ene cel naar de andere cel overbrengen, verandert door het middel. Het ene soort middel blokkeert de neurotransmitters, het andere soort middel bootst neurotransmitters na of blokkeert de neurotransmitters. Bij een verslaving werd in de DSM-IV onderscheid gemaakt tussen afhankelijkheid en misbruik in het gebruik van middelen (17). In de DSM-V zijn deze samengevoegd en spreekt men van een ‘stoornis in het gebruik van middelen’. Het vaststellen van deze stoornis gebeurt aan de hand van de onderstaande elf criteria (18). Bij het voldoen aan twee á drie criteria is sprake van een milde stoornis in het gebruik

van middelen, bij vier á vijf criteria van een gematigde stoornis en bij zes of meer symptomen van een ernstige stoornis.

- Vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken dan het plan was.
- Meerdere mislukte pogingen gedaan om te minderen of te stoppen.
- Veel tijd nodig hebben voor het gebruik en herstel.
- Sterk verlangen voelen om te gebruiken.
- Door gebruik tekortschieten op werk, tijdens studie of thuis.
- Blijven gebruiken ondanks dat het problemen meebrengt op het relationele vlak.
- Hobby's, sociale activiteiten of werk opgeven door gebruik.
- Voortdurend gebruiken, zelfs als iemand daardoor in gevaar komt.
- Voortdurend gebruiken, ondanks dat iemand weet dat het gebruik lichamelijke of psychische problemen met zich meebrengt of verergert.
- Grotere hoeveelheden nodig hebben om het effect nog te voelen (tolerantie).
- Onthoudingsverschijnselen ervaren, die minder hevig worden door meer te gebruiken

De kenmerken en beperkingen van mensen met een LVB en een verslaving worden meegenomen in het beantwoorden van de onderzoeksvragen, zodat het dit aansluit bij de kenmerken en beperkingen van deze groep.

2.3 Routine Outcome Monitoring (ROM)

Dit onderzoek richt zich op de Routine Outcome Monitoring (ROM) als onderdeel van behandeling van cliënten met een verslaving en LVB binnen het behandeltraject bij Tactus (19). De ROM-afname vindt plaats om te kunnen meten hoe het met de cliënt gaat (20). De ROM-afname in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (SGGZ) wordt gehouden tijdens de intake, elke drie maanden van de behandeling en bij de afsluiting of verlenging van behandeling. Het doel hiervan is: 1) terugkoppeling van resultaten aan de cliënt, 2) verbetering van de kwaliteit van de zorg en 3) onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling. Met de ROM wordt gemeten in welke mate de cliënt goed reageert op de behandeling. De feedback die de ROM geeft, wordt vervolgens gebruikt in gezamenlijke besluitvorming. Dit maakt dat de zorg en de behandeling beter afgestemd kunnen worden op de behoeften van de cliënt. Cliënten raken meer bij de behandeling betrokken en op deze manier krijgen zij meer regie.

Voor het ROMmen wordt gebruik gemaakt van de MATE, MATE-uitkomsten en Consumer Quality Index (CQI) ambulantly & klinisch (20). De ROM meet de ernst van de verslaving (MATE1, MATEQ1), de ernst van de psychopathologie (MATE Q2), het dagelijks functioneren (MATE ICN 7), lichamelijke klachten (MATE 5) en tevredenheid van de cliënt (CQI). In hoofdstuk 2.4 wordt expliciet ingegaan op de modules van de MATE. Tactus heeft een doelstelling voor een ROM-score van 65%, dit percentage is opgesteld door de normencommissie van Tactus. Een MATE wordt meegenomen bij het berekenen van de ROM-score als alle verplichte vragen zijn ingevuld. Voor LVB-cliënten is het invullen van de ROM een gezamenlijke activiteit van client, behandelaar en vertrouwenspersoon. Hier is voor gekozen omdat de cliënten in het zorgpad LVB doorgaans niet in staat zijn de lijst zelfstandig in te vullen. Daarnaast draagt het gezamenlijk invullen van de lijst in belangrijke mate bij aan het behandelproces. Het tonen van scores van eerdere metingen naast de huidige meting blijkt bij te dragen tot het adequaat gezamenlijk formuleren van behandeldoelen.

2.4 Meting van Addictie voor Triage en Evaluatie (MATE)

De ROM wordt bij Tactus afgenomen aan de hand van de Meting van Addictie voor Triage en Evaluatie (MATE), daarom ligt de focus van dit onderzoek op de MATE als meetinstrument. De MATE is een instrument voor het vaststellen van patiëntkenmerken bij verslaving (20)(22). De MATE heeft als doel het op valide en betrouwbare wijze vaststellen van patiëntkenmerken ten behoeve van het stellen van de indicatie voor zorg en behandeling en ten behoeve van de evaluatie van verleende zorg en behandeling. De MATE is bruikbaar bij de intake, om patiënten toe te wijzen aan een juist behandelingstraject. De MATE is geschikt voor gebruik in een heterogene populatie omdat het een uitgebreid en flexibel instrument is (23).

Het conceptuele raamwerk dat gebruikt is voor het opstellen van de MATE, is het perspectief van de World Health Organization (WHO) op ziekte en functioneren. Voor het meten van het middelengebruik, misbruik en afhankelijkheid is het raamwerk van de ICD-10 gebruikt. Voor het meten van limitaties in functioneren en externe invloeden is het raamwerk van ICF gebruikt.

De MATE bestaat uit acht modules en twee zelf gerapporteerde vragenlijsten:

1. Middelen: Gebruik

Module 1 stelt het gebruik van psychoactieve middelen in de afgelopen periode en in de gehele levensloop vast. Deze inventarisatie wordt gebruikt voor het bepalen van de verslavingsernst en voor het meten van verandering gedurende de behandeling.

2. Indicaties psychiatrisch of medisch consult

Module 2 helpt vaststellen of nadere medische of psychiatrische zorg bij de persoon is geïndiceerd.

3. Verslavingsbehandelingsgeschiedenis

Module 3 stelt vast of en hoeveel behandelingen voor verslavingsgedrag de persoon in de afgelopen vijf jaar heeft ondergaan.

4. Middelen: Afhankelijkheid en Misbruik

Met behulp van vragen in module 4 kan de diagnose afhankelijkheid en/of misbruik van middelen worden gesteld.

5. Lichamelijke klachten

In module 5 worden lichamelijke klachten geïnventariseerd, voornamelijk om veranderingen op dit vlak te meten. De client kan aan de hand van vooropgestelde antwoorden het voorkomen van tien lichamelijke symptomen aangeven.

6. Persoonlijkheid

Met behulp van module 6 kan een indicatie voor persoonlijkheidsproblematiek vastgesteld worden.

7. Activiteiten en participatie; zorg en ondersteuning (MATE-ICN)

Module 7 van de MATE-ICN stelt vast in welke mate de persoon participeert in de samenleving en hoeveel ondersteuning deze persoon ontvangt van diensten of instituties.

8. Externe factoren van invloed op het herstelproces (MATE-ICN)

Module 8 van de MATE-ICN beoordeelt de externe factoren die van invloed zijn op het herstel van de patiënt.

Q1. Middelen: Verlangen

Module Q1 van de MATE bepaalt de verslavingsernst door het vaststellen van de mate van verlangen

naar middelen.

Q2. Depressie, Angst en Stress

Aan de hand van module Q2 wordt gekeken of cliënten in aanmerking komen voor een behandeling voor angst- of stemmingsstoornissen en/of stresssymptomen. De uitslag wordt gebruikt voor het bepalen van de ernst van de psychiatrische co-morbiditeit.

Het afnemen van de MATE neemt gemiddeld tussen de 45 en 60 minuten in beslag. Bij LVB cliënten wordt de MATE in aangepaste vorm afgenomen; module 6 en de Q-lijsten zijn niet verplicht en de overige modules worden niet zelfstandig maar met aanwezigheid van een vertrouwenspersoon afgenomen. Moeilijkheden die de cliënt ervaart dienen terug te komen in de intakerapportage.

2.5 Overige vragenlijsten voor het uitvoeren van de ROM

Voor het zorgpad LVB en Verslaving dient de ROM aangepast te worden aan het niveau van de LVB cliënten. Naast de MATE zijn verschillende instrumenten onderzocht op geschiktheid bij deze doelgroep. Hieronder worden een aantal vragenlijsten beschreven waarnaar gekeken is voor gebruik als meetinstrument bij de ROM-afname bij de LVB groep. Per vragenlijst wordt beschreven wat de voor- en nadelen zijn van het gebruik als meetinstrument voor de ROM bij LVB-clënten, zodat bruikbare en niet bruikbare onderdelen van deze lijsten geïdentificeerd kunnen worden.

Addiction Severity Index (ASI)

De ASI is een semigestructureerd interview, dat de ernst van de verslaving meet vanuit verschillende invalshoeken (24). De Addiction Severity Index (ASI) werd vroeger gebruikt voor het uitvoeren van de ROM (12). Het instrument heeft echter tekortkomingen, zo is er een gebrek aan een theoretische en conceptuele basis, ook is de daadwerkelijke klinische functie van de ASI gelimiteerd (23).

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-s18+)

De SDQ-s18+ is een screeningsvragenlijst voor cliënten van achttien jaar en ouder over verschillende mogelijke psychosociale probleemgebieden, waarbij rekening wordt gehouden met de mogelijke sterktes en zwaktes van een cliënt (12). Deze vragenlijst kan als zelf-rapportage (s18+), door de cliënt zelf, en als informant-rapportage (i18+), door iemand die dicht bij de client staat, ingevuld worden. De vragenlijst bestaat uit 25 vragen en is daardoor geschikt voor cliënten met een beperkte concentratie. Daarnaast is het taalgebruik geschikt voor de LVB-groep. Echter is deze lijst op dit moment niet opgenomen in de BergOp-licentie van Tactus, het software programma voor verwerking van de ROM. De vragenlijst kan daarom niet online ingevuld en verwerkt worden. Daardoor is mogelijk het gebruik van de SDQ-s18+ voor Tactus niet praktisch.

Health of the Nation Outcome Scale (HONOS)

Deze vragenlijst meet probleemgebieden in het dagelijks leven (mentaal, sociaal, emotioneel, en praktische vaardigheden) (12). De vragenlijst wordt ingevuld door een verwant of ketenzorgpartner van de cliënt. Eén van de voordelen van deze lijst als ROM-instrument is dat het snel in te vullen is omdat de lijst enkel twaalf vragen bevat.

Deze lijst is echter niet beschikbaar als zelf-rapportage, waardoor de resultaten alleen gebaseerd zijn op de mening van de hulpverlener. Doordat de resultaten niet volledig zijn, is de HONOS niet helemaal geschikt voor het uitvoeren van de ROM.

Uit onderzoek naar de andere vragenlijsten als meetinstrument voor de ROM blijkt dat een korte vragenlijst praktisch is voor gebruik bij cliënten met een LVB, omdat dit aansluit bij hun beperkte concentratievermogen. Daarnaast blijkt passend taalgebruik voor LVB-clënten een positief punt voor de vragenlijst. Ten slotte is het een voordeel als de lijst online ingevuld en verwerkt kan worden, om het gebruik te vergemakkelijken.

2.6 Facilitators en knelpunten bij de implementatie van de ROM uit eerder onderzoek

Er zijn verschillende theorieën die zich focussen op het identificeren van knelpunten. De theorieën die relevant zijn voor dit onderzoek worden hieronder besproken.

2.6.1 Theory of Constraints

2.6.1.1 Omschrijving Theory of constraints

De 'Theory of constraints' is een managementtheorie die focust op het identificeren en aanpakken van knelpunten, zogenoemde bottlenecks, van een proces (25). Een knelpunt wordt gedefinieerd als een onderdeel dat het systeem beperkt in het behalen van zijn doel (26). De Theory of constraints stelt dat een proces zo sterk is als zijn zwakste schakel. Om de bottleneck te kunnen identificeren is het essentieel om de gehele procesketen te kennen. Na het identificeren kan dit knelpunt geëlimineerd worden, vaak kan door een kleine verandering het gehele proces worden verbeterd.

Om dit te kunnen bereiken wordt er vastgehouden aan een vijfstappenplan:

1. Het identificeren van de beperkende factor, oftewel het knelpunt
2. Bekijken hoe het knelpunt in de huidige situatie gebruikt wordt. Hierbij wordt gelet op het feit of het beperkende proces geen tijd verspilt aan dingen.
3. Zorgen dat alle processen aangepast worden aan het knelpunt en stel ze zo op dat de beperkende factor optimaal gebruikt wordt.
4. Het uitbreiden van het beperkende proces.
5. Indien na het uitvoeren de stappen het knelpunt verplaatst naar een andere factor, wordt opnieuw gestart bij stap 1.

Dit vijfstappenplan heeft als doel om een voortdurende verbetering rond de knelpunten op te zetten. Dit wordt bij de Theory of constraints het 'Process of Ongoing Improvement' genoemd.

2.6.1.2 Toepassing Theory of constraints

Uit deze theorie blijkt dat het identificeren de eerste stap is voor het verbeteren van een geheel proces en dat het daarbij belangrijk is om de gehele procesketen te kennen. Bij het opstellen van het interviewschema is daarop gelet door het gehele proces van de ROM-afname in categorieën te verdelen. Met het identificeren van de knelpunten van de professionals bij de ROM-afname vormt dit onderzoek de eerste stap in het stappenplan van de Theory of constraints.

Om de tweede fase te voltooien en daarmee knelpunten die zich in de praktijk voordoen bij de ROM-afname identificeren, ze te analyseren en vervolgens een selectie te kunnen maken zullen interviews gehouden worden.

Met het oog op de Theory of constraints wordt gekeken naar de bottleneck in het proces rondom het ROMmen. Een knelpunt dat tijdens de interviews vaak genoemd wordt en hoge prioriteit heeft bij cliënten en directe zorgverleners zou de bottleneck van de ROM-afname kunnen zijn. Dit knelpunt zal hoge prioriteit hebben en meegenomen worden in het advies.

2.6.2 Facilitators en knelpunten uit onderzoek over PROMs

In een eerder uitgevoerde systematische review zijn een aantal facilitators en belemmeringen gevonden bij het implementeren van Patient Reported Outcome Measures (PROMs). Een PROM is een vragenlijst waarin wordt gevraagd hoe de patiënt zich voelt en hoe het met hem of haar gaat. In de lijst staan vragen over onder andere pijn, vermoeidheid en emotionele toestand. Deze onderdelen komen ook in de MATE aan bod, daarom is een PROM vergelijkbaar met de MATE die in dit onderzoek wordt onderzocht (30). Eerst zullen de belemmeringen voor de implementatie van PROMs besproken worden, daarna zal ingegaan worden op de facilitators.

2.6.2.1 *Gevonden belemmeringen*

Als het doel van de PROM enkel het voldoen aan de eisen van een externe stakeholder is, vormt dit een belemmering voor de implementatie. Daarnaast is er sprake van een belemmering als het doel van de implementatie enkel het meten van klinische prestatie is, niet het geven van bruikbare informatie over een individuele cliënt. Ook worden de implementatie en uitvoering belemmerd als het ontwerp van de PROM te complex is. Ten slotte kost het veel tijd en moeite om de PROMs als routine in het werk van de behandelaars te laten implementeren, dit vormt een belemmering.

2.6.2.2 *Gevonden facilitators*

Wanneer het doel van de PROM het verbeteren van zorg voor een patiënt is, vormt dit een facilitator. Als de PROM door professionals beschouwt wordt als valide, relevant en bruikbaar voor hun werk, is dit een facilitator. Ten derde wordt een PROM sneller geïmplementeerd als ervoor gezorgd wordt dat cliënten worden ondersteund in het afronden van de PROMs. Dit kan bijvoorbeeld door te investeren in technologische ondersteuning, hierdoor wordt het namelijk gemakkelijker voor de cliënt en de behandelaar om de PROM af te nemen. Professionals de mogelijk geven om de uitkomsten van de PROM te visualiseren in de vorm van makkelijke grafieken, faciliteert de interpretatie en daarmee het gebruik van de PROM. Een 'key-facilitator' in het ontwikkelproces van de PROM is de aanpasbaarheid, zowel aan de organisatie als aan een specifieke cliënt. Op deze manier heeft de professional zelf de keuze over wanneer en hoe de ROM afgenomen kan worden bij cliënten. Daarnaast is het belangrijk om de professionals vanuit de organisatie goed te informeren over de implementatie van de PROM. Dit kan bijvoorbeeld door training waarin de validiteit en voordelen van de PROM uitgelegd worden. Daarnaast is een training aan de professionals over het analyseren en interpreteren van de verkregen uitkomsten ook een facilitator.

2.6.3 Reeds gevonden knelpunten rondom ROM bij Tactus bij cliënten met een LVB

De implementatie van de ROM afname binnen het zorgpad LVB en Verslaving is nog niet op alle locaties van Tactus gerealiseerd. In een eerder rapport van Tactus zijn een aantal factoren geïdentificeerd die hierbij een rol zouden kunnen spelen. De eerste factor is onbekendheid met werkzame strategieën om de ROM LVB-vriendelijker te maken. Daarnaast is gebrek aan een eenduidige werkinstructie aangepast aan de situatie bij Tactus. Er is sprake van vooroordelen ten aanzien van de haalbaarheid en wenselijk van ROM bij de LVB doelgroep, alsmede onbekendheid met meerwaarde van ROM bij deze groep. Ten slotte zijn er praktische bezwaren, zoals de extra tijd die de ROM kost bij deze doelgroep. Naast deze problemen zijn ook een aantal inhoudelijke beperkingen aan de huidige ROM-systematiek. Zo geven de middelengebonden lijsten in de MATE slechts een beperkt zich op de problematiek en zijn de niet-middelengebonden lijsten van de MATE deels te complex voor mensen met een LVB. Daarnaast worden voor de klinische uitkomsten van zorg belangrijke aspecten als psychiatrische comorbiditeit en kwaliteit van leven in de huidige ROM onvoldoende belicht (20).

2.7 Beperkingen van mensen met een verstandelijke beperking bij afname meetinstrumenten

Dit onderzoek focust zich op het afnemen van de MATE bij cliënten met een LVB. Tijdens het afnemen van interviews of meetinstrumenten met mensen met een verstandelijke beperking (VB) zijn er een aantal complicerende factoren (27). Ten eerste hebben mensen met een VB mogelijk een slecht begrip van het doel van het onderzoek in het algemeen. Door professionals wordt ervaren dat zij vaak minder gemotiveerd zijn om mee te doen aan het interview. Daarnaast beschikken ze over een beperkter taalbegrip en abstraherend vermogen. Mensen met een VB ervaren veelal moeite met het maken van onderscheid tussen verschillende antwoordcategorieën. Bovendien vinden velen het beantwoorden van open en abstracte vragen ingewikkeld. Ze ervaren snel een gevoel van toetsing of onveiligheid. Tenslotte zijn ze vaak gefixeerd op een aantal specifieke onderwerpen en hebben bewegingsdrang alsook een verminderde concentratie (27). Er zijn een aantal mogelijkheden om de complicerende factoren zo min mogelijk van invloed te laten zijn tijdens interviews. Deze mogelijkheden zijn onderverdeeld in drie onderwerpen (27).

Ten eerste de context van de afname. Hieronder vallen de ruimte, de sfeer en de manier benaderen van de cliënt. Plekken waar in de dagelijkse situatie beslissingen worden genomen of waar minder prettige ervaringen gekoppeld zijn kunnen het beste worden vermeden. Daarnaast moet geanticipeerd worden op mogelijke stoorzenders, zoals een radio of in- en uitloop van mensen. Er kan gekozen worden om iemand aanwezig te laten zijn ter ondersteuning van de cliënt. Bijvoorbeeld voor het veiliger voelen van de cliënt of voor het vertalen van antwoorden. De keuze voor het betrekken van een ondersteuner ligt bij de cliënt zelf. Om de sfeer te bevorderen is het belangrijk dat de interviewer respect heeft voor de persoon en diens mening. Het is van belang geen haast te hebben, afkeuring te vermijden en bij de cliënt aan te geven dat het gaat om een persoonlijke mening en fouten maken niet mogelijk is. Door daarnaast een uitnodigende houding te hebben wordt de sfeer van intimidatie of onveiligheid verminderd en de respons verhoogd.

Ten tweede de loop van het interview. Hieronder vallen het proces van het gesprek en de fasering tijdens het interview. Om de kwaliteit van de loop van de afname te verhogen moet de tijd genomen worden om kennis te maken en een relatie op te bouwen, dit zou bijvoorbeeld kunnen door een aantal opwarm vragen te stellen. De duur moet beperkt worden tot maximaal één uur en afhangen van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Het is belangrijk dat de afnemer rustig en duidelijk is, dit kan ondersteund worden door de afname te structureren in onderwerpen. Ook is het belangrijk respondenten hun eigen verhaal te laten vertellen en hen niet te onderbreken, hierbij wordt hun belevingswereld als vertrekpunt genomen. Ten slotte moet eventueel een compromis gemaakt worden wat betreft de hoeveelheid informatie die van de geïnterviewde verkregen kan worden.

Ten derde de communicatie tussen de afnemer en cliënt. Hieronder valt de manier waarop de vragen worden gesteld, de interpretatie van het antwoord en het gebruik van ondersteunde materialen. Om de vragen zo goed mogelijk te kunnen stellen moeten de vragen zo kort, helder en concreet mogelijk geformuleerd worden. Het is hierbij belangrijk dat dezelfde taal als de VB gebruikt wordt. De vragen kunnen eventueel verduidelijkt worden door het gebruik van pictogrammen of foto's. Ook is het van belang dat de vragen niet tegelijk gesteld worden en geen dubbele ontkenningen in de zin zitten. Als gemerkt wordt dat respondenten moeite hebben met open vragen, is het verstandig over te gaan naar ja/nee vragen. Bovendien hebben VB de neiging tot inschikkelijkheid, door een vraag op de negatieve wijze te stellen kan dit voorkomen worden.

Tijdens onderzoek naar wensen en behoeften van mensen met een VB worden soms proxies ingezet (27). Dit zijn personen die dicht bij de persoon met een VB staan, zoals ouders of begeleiders. Data

verkregen via proxies is echter, vooral als het om het belevingsaspect gaat, niet erg betrouwbaar. Proxies leveren namelijk vaak zinvolle informatie, maar behouden een eigen perspectief. De informatie die een proxie levert staat naast de informatie van een VB. In dit onderzoek zal worden gekeken naar wat de waarde is van het inzetten van een proxie voor de ROM-afname bij LVB-cliënten.

De wijze waarop de VB antwoord geeft op vragen over zorg- en dienstverlening hangt af van de relatie tussen cliënt en vragensteller. Als de vragensteller een bekende is van de cliënt, bestaat de kans dat een bekende vragensteller onduidelijke antwoorden, met eigen kennis van de betreffende VB-cliënt interpreteert en beoordeeld.

Tijdens dit onderzoek wordt onder andere gelet op de bovengenoemde complicerende factoren zoals beperkt taalbegrip, beperkt abstraherend vermogen en verminderde concentratie, omdat dit knelpunten kunnen zijn tijdens de ROM-afname voor behandelaren en cliënten. Om deze reden zullen deze factoren opgenomen worden in de interviewschema's zodat de visie van de professionals hierop bevraagd kan worden.

Verder zal het visualiseren van de vragen, door bijvoorbeeld het gebruik van pictogrammen, meegenomen worden als positieve bijdrage aan de afname van de ROM.

2.8 Beoordelen meetinstrumenten: Klinimetrie

Klinimetrie is de wetenschap rondom onderzoek van meetinstrumenten (28). Daarbij wordt de kwaliteit van meetinstrumenten en metingen beoordeeld en gekeken naar methoden om deze kwaliteit te verbeteren. Het onderzoek naar meetinstrument wordt uitgevoerd om 1) een bestaand instrument in een andere situatie toe te passen, 2) een onderbouwde keuze uit bestaande instrumenten te maken, 3) een nieuw meetinstrument te ontwikkelen en 4) de kwaliteit van een meetinstrument te verhogen.

De kwaliteit van een meting hangt af van de persoon die de meting uitvoert, de persoon die gemeten wordt, de omstandigheden en het meetinstrument (28)(29). Een meetinstrument heeft vier klinimetrische eigenschappen: gebruiksvriendelijkheid, reproduceerbaarheid, validiteit en responsiviteit.

De reproduceerbetrouwbaarheid geeft de precisie van een meetinstrument weer. Daarmee wordt aangeduid of een herhaalde meting nagenoeg hetzelfde resultaat oplevert. De betrouwbaarheid kan op verschillende manieren beoordeeld worden. Intra-waarnemervariatie wordt bepaald door één waarnemer bij dezelfde persoon in gelijkwaardige omstandigheden de test te laten afnemen op verschillende momenten. De inter-waarnemervariatie wordt vastgesteld door twee waarnemers bij dezelfde persoon in gelijkwaardige omstandigheden de test te laten afnemen.

Validiteit is de mate waarin het meetinstrument meet wat het beoogt te meten. Validiteit wordt gecategoriseerd aan de hand van het onderwerp van de validiteit: Ten eerste indrukvaliditeit, een algemeen oordeel van adequaatheid, dit is vaak een intuïtieve bepaling. Ten tweede inhoudsvaliditeit, daarbij wordt gekeken of alle belangrijke componenten van construct in het instrument geïncorporeerd zijn. Ten derde constructvaliditeit, daarbij wordt gekeken of de resultaten van het onderzoek daadwerkelijk een indicatie zijn voor het begrip waarover uitspraak gedaan wordt. Bij criteriumvaliditeit wordt een vergelijking gemaakt met een gouden standaard (een meetinstrument met 100% validiteit) of ander vergelijkbaar instrument dat zijn waarde heeft bewezen. Ecologische validiteit gaat of de meetresultaten representatief zijn voor de alledaagse praktijksituatie en niet enkel voor de testomgeving. Bij het bepalen van de discriminante validiteit wordt gekeken of de resultaten daadwerkelijk veroorzaakt zijn door de variabelen die zijn onderzocht.

Daarnaast wordt validiteit gebaseerd op basis van de resultaten van het onderzoek. Interne validiteit omvat de kwaliteit van de methode, dataverzameling en analyse. Externe validiteit richt zich op het feit of het onderzoek generaliseerbaar is.

Responsiviteit is de mogelijkheid van een instrument om minimale veranderingen over tijd te detecteren. Er wordt namelijk beoogd dat de meting van de test gelijk blijft als de geteste persoon stabiele blijft of de meting in proportie verandert met de daadwerkelijke verandering. Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen interne responsiviteit: de mogelijkheid van het instrument om veranderingen te meten over een periode en externe responsiviteit: aanduiding van de relatie veranderingen gemeten met meetinstrumenten en veranderingen gemeten met een externe standaard.

2.8.1 Toepassing klinimetrie

Cliënten zijn geneigd een willekeurig antwoord te geven als ze de vragen niet begrijpen (9), hierdoor zou de betrouwbaarheid van de MATE aangetast kunnen worden. Om de betrouwbaarheid van de MATE te indiceren wordt daarom aan professionals gevraagd of het taalgebruik en de complexiteit van de vragen toereikend is voor LVB-cliënten.

Daarnaast zal het algemene oordeel van professionals over de MATE aan bod komen, om de indruk validiteit te identificeren. In dit onderzoek wordt in de interviews met professionals gevraagd of zij vinden dat alle belangrijke componenten zijn opgenomen in de MATE. Door dit te vragen wordt naar de inhoudsvaliditeit van de MATE gekeken. Tot slot wordt naar de constructvaliditeit van de MATE

gekeken, door tijdens het onderzoek na te gaan of de uitkomsten van de MATE voldoende inzicht geven voor de professionals in de situatie van de client.

3. Methode

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethoden besproken die worden toegepast om antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvraag. Eerst wordt de kwantitatieve methode besproken, daarna wordt de kwalitatieve methode behandeld.

3.1 In hoeverre wordt de MATE ingevuld en welke factoren zijn hierop van invloed?

In dit deelhoofdstuk wordt de methode beschreven van onderzoeksvraag 1) In hoeverre wordt tijdens de ROM-afname met LVB bij het TopGGz centrum Verslaving & LVB de MATE ingevuld en welke factoren zijn daarop van invloed?

3.1.1 Onderzoeksmethode

Voor het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag is een kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Er is gekozen voor kwantitatief onderzoek omdat beoogd werd te onderzoeken in hoeverre de MATE ingevuld wordt en wat het effect van verschillende factoren is op het invullen van de MATE. Met kwantitatief onderzoek kan de grootte van het probleem en relaties met factoren cijfermatig worden aangetoond, daarom is voor dit type onderzoek gekozen. Omdat bij Tactus het idee bestaat dat de ROM vaak niet wordt ingevuld, is de hypothese dat de ROM-score van 65 procent niet wordt gehaald.

3.1.2 Dataverzameling

In dit onderzoek zijn drie bestanden met gegevens over dezelfde cliënten samengevoegd tot één bestand. Het eerste bestand bevatte informatie over het geslacht en de geboortedatum van de cliënt. Het tweede bestand bevatte informatie over alle gevolgde behandelingen door de cliënten, inclusief de inschrijfdatum van de client en het behandelteam waar de behandeling was uitgevoerd. Het derde bestand bevatte informatie over de antwoorden op de MATE en wanneer de betreffende MATE was uitgevoerd. De bestanden zijn gekoppeld tot één bestand door middel van het USER-nummer van de cliënt.

3.1.3 Onderzoekspopulatie

De data-bestanden bevatten data van 300 cliënten die behandelingen volgden aan 23 behandelteams van het TOPGGz Centrum. In de bestanden is data opgenomen van cliënten die in 2019 en/of 2020 ingeschreven stonden bij Tactus én een behandeling gerelateerd aan het zorgpad LVB volgden. Om te onderzoekspopulatie zo groot mogelijk te houden, is de keuze gemaakt beide jaren te includeren in het onderzoek.

Met behulp van frequentiematen is bekeken hoeveel cliënten per team een behandeling hebben gevolgd. In dit onderzoek is de keuze gemaakt om teams met minder dan vijf cliënten te excluderen uit de onderzoekspopulatie, de betrouwbaarheid wordt namelijk kleiner als de steekproefomvang kleiner is. Door de teams met een klein aantal cliënten te excluderen wordt de betrouwbaarheid vergroot. Daarmee zijn 283 cliënten verdeeld over 9 behandelteams meegenomen in de analyse.

3.1.4 Data-analyse

Ten eerste is voor elke client berekend in hoeverre hun MATE was ingevuld, het MATE-percentage. Deze berekening is gemaakt door het aantal ingevulde verplichte vragen van de client door het aantal verplichte vragen van de MATE te delen. De uitkomst is een percentage tussen 0,0 en 100,0. Bij de MATE-percentages werd gekeken naar de MATE die tijdens de intake was uitgevoerd. Er is gekozen om enkel naar de intake-MATE te kijken, omdat deze MATEs aan de hand van de uitvoerdatum gekoppeld konden worden aan het bestand met behandelingen met de inschrijfdatum. Het berekende MATE-percentage werd genoteerd als de intake-MATE van de client binnen 90 dagen na de inschrijfdatum was afgenomen. De 90 dagen zijn gebaseerd op het feit dat de ROM als tussentijdse evaluatie na drie maanden, oftewel 90 dagen, bij de client wordt uitgevoerd. Op het moment dat er geen MATE binnen 90 dagen was afgenomen, kon geconcludeerd worden dat de intake-MATE van de client niet was afgenomen. Deze cliënten hadden dus geen vragen van de MATE ingevuld, daarom werd bij deze cliënten een MATE-percentage van 0,0 procent vermeldt. Om te identificeren in hoeverre de MATE werd ingevuld, is een analyse op het MATE-percentage uitgevoerd om de frequentie-, centrum- en spreidingsmaten te bepalen. Daarnaast werd het MATE-percentage uitgezet in een histogram en verdeeld in zes categorieën. Tot slot is uitgerekend hoe groot het percentage volledig ingevulde MATEs is, door het aantal MATE-percentages van 100 procent door alle mogelijke MATE-afnames te delen.

Tijdens de data-analyse is gekeken of algemene kenmerken van de cliënten (geslacht en leeftijd) en het behandelteam waar de ROM-afname uitgevoerd wordt van invloed zijn op in hoeverre de MATE ingevuld wordt. Om de algemene kenmerken van de cliënten in kaart te brengen is beschrijvende statistiek (frequenties en centrum- en spreidingsmaten) van de leeftijd en het geslacht van de cliënt uitgevoerd. Om het aantal cliënten per leeftijdscategorie in kaart te brengen, is een extra variabele aangemaakt waarbij de leeftijd van de client is opgesplitst in vier categorieën. Het aantal cliënten per behandelteam waar de MATE is ingevuld, is geanalyseerd met behulp van frequentiematen, om te bekijken tot welke teams minder dan vijf cliënten behoren om deze teams te excluseren.

Na het uitvoeren van beschrijvende statistiek worden univariate testen uitgevoerd. De eerste test is een 'independent t-test' in SPSS om het verschil tussen de geslachten van de cliënten in gemiddelde percentage van de MATE te bepalen. Voor deze test is gekozen omdat beoogd werd de gemiddelden van twee groepen met elkaar te vergelijken. De independent t-test wordt gebruikt om te onderzoeken of twee steekproefgemiddelden significant van elkaar verschillen. De groepen zijn onafhankelijk van elkaar, daarom kan de independent t-test toegepast worden. Een lineaire regressie is uitgevoerd om te kijken of het geslacht van de client een significant effect heeft op het MATE-percentage en hoe groot dit effect is.

De tweede test is een univariate lineaire regressie, voor deze test is gekozen omdat daarmee onderzocht kan worden of de leeftijd van de cliënt invloed heeft op het percentage in hoeverre de MATE is ingevuld. De samenhang tussen twee variabelen en de mate waarin de waarde van een afhankelijke variabele gemiddeld zal veranderen wanneer de waarde van de onafhankelijke variabele verandert kan namelijk met een regressie-analyse bepaald worden. De onafhankelijke variabele is de leeftijd, de afhankelijke variabele is het percentage waarin de MATE ingevuld is.

Voor de behandelteams is gekozen om een ANOVA uit te voeren, omdat deze toets wordt toegepast om gemiddelden van meer dan twee groepen met elkaar te vergelijken en in dit onderzoek negen behandelteams van Tactus voor cliënten vergeleken worden. Met de One-Way ANOVA kon getest worden of de gemiddelden van de MATE-percentages per behandelteam van elkaar verschillen. Daarnaast werd een lineaire regressie-analyse uitgevoerd om te bekijken of het behandelteam invloed

had op het percentage in hoeverre de MATE is ingevuld. Voor de regressie-analyse werden dummy-variabelen aangemaakt om de categorische variabelen te kunnen gebruiken in de analyse. De onafhankelijke variabelen zijn daarbij de behandelteams, de afhankelijke variabele is het percentage waarin de MATE ingevuld is.

Na de univariate testen werd een multivariate regressieanalyse uitgevoerd om de gezamenlijke invloed van leeftijd, geslacht en behandelteam op in hoeverre de MATE was ingevuld te bepalen. Er is voor deze analysetechniek gekozen omdat bij dit onderzoek onderzocht wordt of er sprake is van een verband tussen de factoren en het invullen van de MATE en wat de grootte van dit verband is. Met een multi-pele regressie kunnen twee of meer verklarende variabelen worden gebruikt om de afhankelijke variabele te verklaren. De samenhang tussen variabelen en de mate waarin de waarde van een afhankelijke variabele gemiddeld zal veranderen wanneer de waarde van de onafhankelijke variabele verandert kan bepaald worden. 'Lineair regressie' wordt uitgevoerd op SPSS, waarbij het geslacht, de leeftijd en het behandelteam de onafhankelijk variabelen zijn. De afhankelijke variabele is hoeveelheid waarin de MATE is ingevuld.

De syntaxen in SPSS van de uitgevoerde analyses zijn bijgevoegd in appendix A.

3.2 Welke knelpunten en verbeteringen worden gegeven door betrokken professionals?

De methode voor de volgende onderzoeksvragen zal hieronder besproken worden.

1. Welke knelpunten worden ervaren door de betrokken professionals bij de ROM-afname met LVB-cliënten bij het TopGGz centrum Verslaving & LVB?
2. Welke verbeteringen voor de knelpunten worden gegeven door de betrokken professionals bij de ROM-afname met LVB bij het TopGGz centrum Verslaving & LVB?

3.2.1 Onderzoeksmethode

Om de onderzoeksvragen twee en drie te beantwoorden, is gelijktijdig aan het kwantitatieve onderzoek, een explorierend kwalitatief onderzoek gestart waarbij interviews afgenomen zijn.

“Kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn strategieën voor de systematische verzameling, organisatie, en interpretatie van tekstueel materiaal dat is verkregen door gesprekken of observaties met het doel concepten te ontwikkelen die ons helpen om sociale verschijnselen in hun natuurlijke context te begrijpen met de nadruk op betekenissen, ervaringen, en gezichtspunten van alle betrokkenen (29).” Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, is de mening van professionals ten opzichte van de ROM hetgeen dat achterhaald dient te worden. Het verkrijgen van nieuwe inzichten in knelpunten staat centraal in het onderzoek en daarbij is een kwalitatieve onderzoeksmethode het meest geschikt. Omdat bij het onderzoek niet gefocust wordt op het verkrijgen van harde getalsmatig onderbouwde feiten, is niet gekozen voor kwantitatief onderzoek.

Het onderzoek heeft een explorierend karakter. “Explorierend onderzoek is onderzoek waarbij problemen in en van situaties, gebeurtenissen en personen beschreven en geïnterpreteerd worden met behulp van gegevens van kwalitatieve aard. Zoals belevingen en ervaringen die verzameld zijn via open interviews en/ of participerende observatie en/ of het gebruik van bestaande documenten (29).” Om deze onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden worden knelpunten rondom de ROM beschreven en geïnterpreteerd met behulp van informatie uit semigestructureerde interviews met professionals. Daarnaast werd verwacht nieuwe ideeën of inzichten te krijgen van de professionals over mogelijke verbeteringen voor de knelpunten.

Er is niet gekozen voor toetsend onderzoek. Bij het uitvoeren van toetsend onderzoek wordt een hypothese, gebaseerd op een theorie, getoetst. Hoewel reeds bestaande ideeën zijn over knelpunten tijdens het uitvoeren van de ROM, is gekozen geen hypothese te toetsen omdat beoogd werd nieuwe ideeën en inzichten vanuit de professionals inzichtelijk te maken.

Ook is niet gekozen voor beschrijvend onderzoek, omdat niet gekeken wordt naar registratie en systematische ordening van wat zich voordoet en juist wel gestreefd wordt naar het opdoen van nieuwe inzichten in de knelpunten rondom het uitvoeren van de ROM bij LVB.

Dit onderzoek is uitgevoerd in de vorm van interviews, omdat op deze manier inzicht verkregen kan worden in de ervaringen van de betrokkenen met het uitvoeren van de ROM en op welke punten dit moeizaam verloopt. Na het behandelen van de knelpunten wordt hun visie op verbeteringen van deze knelpunten besproken. Er is gekozen voor interviews omdat op deze manier doorgevraagd kan worden naar, voor de onderzoekers, nieuwe inzichten. Daarnaast kan meer gedetailleerde informatie verkregen worden dan met een vragenlijst of observatie. Er is gekozen voor individuele interviews en niet voor een focusgroep, omdat in een focusgroep professionals elkaar onderling kunnen beïnvloeden. Dit zou een negatieve weerslag kunnen hebben op de uitkomsten van het onderzoek. Daarnaast geven interviews meer tijd voor individuele visie van de professionals op de knelpunten en adviezen, dit sluit het beste aan op het onderzoek.

3.2.2 Dataverzameling

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden zijn semigestructureerde interviews afgenomen. Hierbij zijn interviewschema's opgesteld, het interviewschema voor behandelaren is terug te vinden in appendix B. Het interviewschema voor professionals met een niet-behandelende functie is terug te vinden in appendix D. Onderscheid is gemaakt in de interviewschema's, omdat behandelaren informatie kunnen geven over ervaringen met cliënten en minder informatie over de processen op de achtergrond. Dit geldt andersom voor de niet behandelaren. Er is gekozen voor de semigestructureerde structuur, omdat op deze wijze in alle interviews dezelfde topics aan bod komen en geen topics worden gemist. Daarnaast blijft voldoende ruimte om door te vragen als de deelnemer interessante en relevante informatie voor het onderzoek opbrengt. Op deze manier kan meer gedetailleerde informatie verkregen worden dan tijdens een observatie of enquête. In het interviewschema wordt gebruik gemaakt van topics. Deze topics zijn opgesteld aan de hand van knelpunten gevonden in de literatuur, vermeldt in het theoretisch kader en aan de hand van eerder gevoerde gesprekken.

Met goedkeuring van de geïnterviewden zijn de interviews opgenomen, met als doel de interviews later te kunnen transcriberen. Ook zijn de interviews geanonimiseerd zodat de privacy van de deelnemers gewaarborgd wordt.

3.2.3 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit negen professionals werkzaam binnen Tactus bij het TopGGz centrum Verslaving & LVB

De interviews zijn afgenomen bij professionals die op verschillende manieren betrokken zijn bij de uitvoering van de ROM. Hieronder vallen de verpleegkundig specialist, regiebehandelaar, administratief medewerker, maatschappelijk werker, manager 3^e stuurloop, GZ-psycholoog, psycholoog en psychiater. Door professionals met verschillende functies te interviewen wordt een veelzijdig beeld gevormd over de ervaringen. Hierbij is het inclusiecriteria 'betrokken bij het faciliteren van de ROM bij LVB-cliënten' gebruikt. Betrokkenheid is belangrijk, omdat de professionals betrokken bij de

ROM een goede visie hebben op het proces. Op basis van de beschikbare tijd zijn negen professionals geïnterviewd.

Allereerst is contact opgenomen met de professionals die dicht bij de cliënt staan en zich veel bezighouden met het proces rondom de ROM. Deze professionals kunnen veel informatie geven over hun ervaringen met de ROM en verbeteringen voor de knelpunten. Deze informatie kon vervolgens gebruikt worden om dieptevragen te stellen in volgende interviews. Voor verdere werving van de onderzoekspopulatie is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode. Daarbij worden nieuwe personen voor het onderzoek geworven via de contacten van de personen die al geïnterviewd zijn. De professionals zijn gecontacteerd door middel van een e-mail.

3.2.4 Data-analyse

De eerste stap van de data-analyse bestond uit het transcriberen van de interviews met behulp van de software Amberscript.

Na het transcriberen startte de exploratiefase, waarin relevante tekst geselecteerd en gesegmenteerd werd. Daarna is de tekst open inductief gecodeerd. Hier is voor gekozen, omdat het doel het ontwikkelen van een nieuwe theorie over belemmerende factoren bij het uitvoeren van de ROM is. De codes zijn daarom aan de hand van het interviewtranscript opgesteld, door middel van samenvattend coderen. Daarbij werd de kern van een segment verwoordt in een code. Het coderen is uitgevoerd met behulp van het programma Atlas.ti.

In de tweede fase, de specificatiefase, is axiaal gecodeerd om structuur in de codes aan te brengen. De codes werden geïntegreerd rond centrale categorieën. Er werd bepaald welke categorieën belangrijk zijn en de samenhang en verschillen van de categorieën werd bepaald. In deze fase is ook gekeken naar relevante thema's voor het onderzoek.

In de derde fase, de reductiefase, is selectief gecodeerd en lag de nadruk op het aanbrengen van verbanden tussen de categorieën. Tijdens het selectief coderen werden verbanden gezocht tussen de verschillende thema's om deze samen te brengen tot nieuwe informatie. Vervolgens is in kaart gebracht welke knelpunten regelmatig worden ervaren tijdens het uitvoeren van de ROM en daarmee belangrijke knelpunten zijn. Tenslotte vond een reflectie van de data plaats om te bepalen of de onderzoeksvraag beantwoordt kon worden met de geanalyseerde data.

4. Resultaten

4.1 Resultaten in hoeverre de MATE is ingevuld en invloed van factoren

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op onderzoeksvraag 1: In hoeverre wordt tijdens de ROM-afname met LVB bij het TopGGz centrum Verslaving & LVB de MATE ingevuld en welke factoren zijn daarop van invloed? Daarbij worden de beschrijvende statistieken van de cliënten en het MATE-percentage, de uitkomsten van univariate testen van de factoren geslacht, leeftijd en behandelteam op het MATE-percentage en de uitkomst van een multiple regressie met alle factoren en het MATE-percentage gepresenteerd.

4.1.1 Algemene kenmerken onderzoekspopulatie

De algemene kenmerken van de cliënten zijn in tabel 1 weergegeven, 79,7 procent van de cliënten is man. De jongste cliënt is 21 en de oudste cliënt is 73 jaar oud. De gemiddelde leeftijd is 38,4 jaar, waarbij het grootste deel van de cliënten jonger dan 50 jaar oud is. De cliënten volgden hun eerste behandeling aan in totaal 22 behandelteams van Tactus.

Uit het totaal aantal cliënten is een selectie gemaakt voor welke cliënten zijn opgenomen in de analyse. De betreffende 283 cliënten zijn geanalyseerd. 81,3 procent van de cliënten is man. De jongste cliënt is 22 en de oudste cliënt is 73 jaar oud. De gemiddelde leeftijd is 38,4 jaar, 82,3 procent van de cliënten is jonger dan 50 jaar oud. De cliënten volgden hun eerste behandeling aan negen behandelteams van Tactus.

Tabel 1: Algemene kenmerken cliënten

Cliëntkenmerk (gemiddelde)	N (% van totaal)	Cliëntkenmerk (gemiddelde)	N (% van totaal)
Totaal	300 (100)	Totaal	283 (100)
Geslacht		Geslacht	
Man	239 (79,7)	Man	230 (81,3)
Vrouw	61 (20,3)	Vrouw	53 (18,7)
Leeftijd (M = 38,4; SD = 11,29)		Leeftijd (M = 38,6; SD = 11,25)	
21 tot 34	143 (47,7)	22 tot 34	135 (47,7)
35 tot 49	104 (34,7)	35 tot 49	98 (34,6)
50 tot 64	41 (13,7)	50 tot 64	38 (13,4)
65 tot 73	12 (4,0)	65 tot 73	12 (4,2)
Team		Team	
Oost – Enschede	83 (29,3)	Oost – Enschede	83 (29,3)
Almelo – Cure	61 (21,6)	Almelo – Cure	61 (21,6)
Zutphen – Ambulant Piet Heinstraat	36 (12,7)	Zutphen – Ambulant Piet Heinstraat	36 (12,7)
Zwolle 2 – Ambulant	29 (10,2)	Zwolle 2 – Ambulant	29 (10,2)
Deventer – Cure	27 (9,5)	Deventer – Cure	27 (9,5)
Achterhoek	22 (7,8)	Achterhoek	22 (7,8)

Noordwest Veluwe	12 (3,6)	Noordwest Veluwe	12 (4,2)
Apeldoorn – Cure	7 (2,1)	Apeldoorn – Cure	7 (2,5)
Ripperda	6 (1,8)	Ripperda	6 (2,1)
Almelo – Care	3 (0,9)		
IBK – Algemeen	2 (0,6)		
JusTact - Enschede	2 (0,6)		
Almelo – J&J	1 (0,3)		
Deventer – Care	1 (0,3)		
HHK 1 – Algemeen	1 (0,3)		
Jeugd en Jongeren Stedendriehoek	1 (0,3)		
JWH Enschede Crisis	1 (0,3)		
JWH Rekken – Algemeen	1 (0,3)		
PRK-Z Algemeen	1 (0,3)		
Zutphen – Houtwal	1 (0,3)		
Zwolle 1 – Behandeling & Bemoeizorg	1 (0,3)		
Zwolle 2 - Jeugd	1 (0,3)		

4.1.2 In hoeverre de MATE is ingevuld

Uit het onderzoek blijkt dat de MATE gemiddeld voor 39,1 procent wordt ingevuld, met een standaarddeviatie van 46,05. De hoge standaarddeviatie duidt op een grote spreiding van de MATE-percentages, dit betekent dat in hoeverre MATE wordt ingevuld sterk verschilt per ROM-afname.

Het eerste en tweede kwartiel van het MATE-percentage liggen op 0,0 procent. Dit ligt in lijn met het feit dat uit de frequentiematen blijkt dat de MATE 156 keer voor 0,0 procent is ingevuld. Dit betekent dat 55,1 procent van de cliënten de verplichte vragen van intake-MATE volledig niet hebben ingevuld. Het derde kwartiel van het MATE-percentage ligt op 98,8 procent, dit houdt in dat 75 procent van de MATEs tot 98,8 procent is ingevuld. Het blijkt dat de MATE 49 keer voor 100 procent is ingevuld, dit wil zeggen dat van de 283 cliënten, 49 cliënten de verplichte onderdelen van de MATE volledig hebben ingevuld. Dit betekent dat 17,3 procent van de cliënten de verplichte vragen van intake-MATE volledig hebben ingevuld. Daarmee is de ROM-score 17,3 procent. De tussenliggende MATE-percentages zijn verdeeld in vier categorieën en worden getoond in tabel 2.

In de tabel 3 is het gemiddelde percentage, inclusief standaarddeviatie, in hoeverre de MATE is ingevuld per team weergegeven. Het onderzoek heeft aangetoond dat de gemiddelde MATE-percentages per team niet significant van elkaar verschillen ($p = 0,283$).

Tabel 2: MATE-percentage in categorieën

Categorie MATE-percentage	Aantal	Percentage (%)
0	156	55,1
1 tot 25	5	1,8
26 tot 50	9	3,2
51 tot 75	10	3,5
76 tot 99	54	19,1
100	49	17,3

Tabel 3: Gemiddelde MATE-percentage per team

Team	Gemiddelde MATE-percentage (SD)
Oost – Enschede	41,8 (45,0)
Almelo – Cure	30,3 (45,3)
Zutphen – Ambulant Piet Heinstraat	43,9 (49,8)
Zwolle 2 – Ambulant	22,2 (40,3)
Deventer – Cure	47,3 (47,0)
Achterhoek	51,5 (48,3)
Noordwest Veluwe	44,2 (40,6)
Apeldoorn – Cure	42,7 (53,2)
Ripperda	48,7 (53,5)

4.1.2 Relatie tussen factoren en MATE-percentage

4.1.2.1 Geslacht

Er is geen significant verschil in hoeverre de MATE wordt ingevuld bij mannen en vrouwen. Het gemiddelde MATE-percentage van mannen ($M = 40,23$; $SD = 46,65$) ligt weliswaar hoger dan die van vrouwen ($M = 34,33$; $SD = 43,46$), maar dit verschil is niet significant ($p = 0,402$). Daarnaast is met een univariate regressie-analyse aangetoond dat geslacht geen significante voorspeller is van in hoeverre de MATE is ingevuld ($p = 0,402$). De resultaten van de factor geslacht zijn opgenomen in tabellen 1 en 2 in appendix D.

4.1.2.2 Leeftijd

Leeftijd verklaart significant een klein deel van de variantie in het percentage in hoeverre de MATE is ingevuld ($R^2 = 0,017$; $F(1,281) = 4,738$; $p = 0,030$), dit betekent dat voor elke toename in jaar van leeftijd, de MATE invulling met 1,7 procent afneemt. Leeftijd is ook een significante voorspeller voor de mate waarin de MATE is ingevuld. De voorspelde afname in percentage in hoeverre de MATE is ingevuld is 0,53 per levensjaar ($\beta = -0,527$; $t(281) = -2,177$; $p = 0,030$). De resultaten van de factor leeftijd zijn opgenomen in tabellen 3,4, en 5 in appendix D.

4.1.2.3 Behandelteam

Het behandelteam van de cliënt heeft geen significante invloed op de variantie van het MATE-percentage. Voor het behandelteam Zwolle 2 - Ambulant ($\beta = 19,65$; $t(274) = -1,985$; $p = .048$) is aangetoond dat dit team een significante voorspeller van het MATE-percentage is. Dit betekent dat de MATE 19,7 procent minder wordt ingevuld als de MATE bij behandelteam Zwolle 2 – Ambulant afgenomen wordt. De resultaten van de factor behandelteam zijn opgenomen in tabellen 6,7 en 8 in appendix D.

4.1.3 Gecombineerde invloed factoren op MATE-percentage

Leeftijd is een significante voorspeller voor de mate waarin de MATE is ingevuld. De voorspelde afname in percentage in hoeverre de MATE is ingevuld is 0,5 procent per levensjaar ($\beta = -0,500$; $t(282) = -2,045$; $p = 0,042$). Daarnaast is voor het behandelteam Zwolle 2 - Ambulant ($\beta = 21,46$; $t(272) = -2,160$; $p = 0,032$) aangetoond dat het een significante voorspeller van het MATE-percentage is. De MATE wordt 21,5 procent minder ingevuld als de MATE bij behandelteam Zwolle 2 – Ambulant wordt afgenomen. Het geslacht en de overige behandelteams zijn geen significante voorspellers van het MATE-percentage.

Uit de resultaten blijkt dat sprake is van een grote spreiding van in hoeverre de MATE door professionals met de cliënten is ingevuld. Bij meer dan de helft van de cliënten is de MATE helemaal niet ingevuld. Daarnaast blijkt uit de resultaten dat de variabelen leeftijd en het team Zwolle 2 – Ambulant een significante voorspeller voor het MATE-percentage zijn. Voor de variabelen geslacht en de overige teams is dit niet significant aangetoond.

De uitkomsten van de testen in tabellen zijn in appendix D weergegeven.

4.2 Resultaten gevonden knelpunten

Voor het beantwoorden van deelvraag 2 en 3 is kwalitatief onderzoek uitgevoerd. In dit hoofdstuk worden de resultaten van het kwalitatieve onderzoek gepresenteerd. Ten eerste wordt een beschrijving gegeven van de karakteristieken van de onderzoekspopulatie. Vervolgens worden per deelvraag de uitkomsten van de interviews beschreven aan de hand van een tabel met overkoepelende thema's.

4.2.1. Karakteristieken onderzoekspopulatie interviews

Voor het onderzoek zijn negen interviews gehouden. De geïnterviewde professionals hebben de volgende functies: verpleegkundig specialist, regiebehandelaar, administratief medewerker, maatschappelijk werker, manager 3e stuurlaag, GZ-psycholoog, psycholoog of psychiater.

Tevens zijn de professionals werkzaam binnen het Zorgpad LVB in één van de ambulante locaties van Tactus. Deze ambulante organisaties zijn: Enschede (Raiffeisenstraat), Almelo (Wierdensestraat), Deventer (Keulestraat), Zutphen (Piet Heinstraat) en Winterswijk (Balinkseweg).

De interviews duurden gemiddeld 35 minuten, het kortste interview duurde 18 minuten en het langste interview duurde 45 minuten. De interviews zijn afgenomen met professionals uit verschillende leeftijdscategorieën (30 tot 65 jaar). Er zijn vijf vrouwen en vier mannen geïnterviewd.

Er zijn 874 codes opgesteld, behorende tot 75 categorieën. De categorieën zijn in vijf thema's onderverdeeld.

Er is gekeken naar hoeveel professionals elke categorie genoemd hebben. Dit is, naast het aantal keer toegeschreven zijn aan een categorie, meegenomen in de overweging voor het kiezen van de meest relevante knelpunten.

4.2.2 Thema's knelpunten

In tabel 4 wordt een overzicht gegeven van de overkoepelende thema's met de daarbij behorende categorieën. De thema's en categorieën zullen daaronder verder besproken worden.

Tabel 4: Thema's met bijbehorende categorieën

Thema	Bijbehorende categorieën
De ROM in huidige vorm sluit niet aan bij LVB-cliënten	<ul style="list-style-type: none"> - Behandelaren moeten aanpassingen maken aan ROM voor LVB-cliënten - ROM-afname belast de LVB-cliënt - Afname van totale ROM duurt te lang voor LVB-cliënten - Beperkingen van de LVB-cliënten bemoeilijken afname - Door ROM-afname heeft de behandelaar minder contact met cliënt - Bij LVB-intake zijn aanpassingen nodig - Problemen met hardware bemoeilijken afname voor professionals
Het huidige meetinstrument voor de ROM, de MATE, is niet passend voor LVB-cliënten	<ul style="list-style-type: none"> - Complexiteit van vragen in de MATE - MATE bevat te veel modules voor LVB-cliënten - Taalgebruik MATE is te lastig voor LVB-cliënten - Antwoordmogelijkheden MATE zijn te complex voor LVB-cliënten - Professionals ervaren moeilijkheden met specifieke modules MATE omdat specifieke lijsten niet aansluiten bij LVB-cliënten of overbodig zijn - De zinnen die gebruikt worden in de MATE zijn te lang voor LVB-cliënten
Het nut van de ROM-afname is niet duidelijk voor de professional	<ul style="list-style-type: none"> - Behandelaar heeft ROM niet nodig om te weten hoe het met de LVB-cliënt gaat - Professionals ervaren geen mogelijkheid tot verdieping in situatie van cliënt tijdens ROM-afname - Professionals vinden dat de uitkomsten van de MATE niet overeenkomen met de daadwerkelijke situatie van de cliënt en twijfelen daarmee aan validiteit - Professionals geven aan dat door aanpassingen de vragen in de MATE niet uniform gesteld worden en twijfelen daarmee aan betrouwbaarheid - Behandelaar mist onderwerpen/onderdelen in de MATE, waardoor geen volledig beeld van cliënt gevormd wordt van de situatie van de cliënt - Professionals zien geen meerwaarde van ROM voor hun eigen werk - Professionals zeggen dat cliënten geen meerwaarde zien, omdat het voor hen niet duidelijk is waarom ROM afgenomen wordt - De vooraf opgestelde doelen van de ROM zijn niet duidelijk voor professionals - Voor professionals is de ROM nog geen standaard onderdeel in werkproces - Door grote hoeveelheden andere vragenlijsten in de zorg wordt tijd van professionals niet nuttig gebruikt - Mail over inplannen ROM-afname gaat niet over inhoudelijke zorg waardoor het

	<p>inhoudelijke nut van de ROM niet duidelijk wordt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Professionals vinden periodieke ROM overbodig als tussentijdse evaluatie omdat ze al weten hoe het met de cliënt gaat
Afname ROM voelt voor professionals als een eis van externe stakeholders	<ul style="list-style-type: none"> - ROM-afname wordt door professionals gezien als verplichting vanuit Tactus - ROM wordt door professionals gezien als verplichting vanuit financiers - ROM wordt door professionals gezien enkel als administratieve handeling
Uitkomsten ROM zijn niet bruikbaar in de praktijk	<ul style="list-style-type: none"> - Behandeling voor cliënt wordt niet aangepast door resultaten van de ROM-afname - De uitkomsten van de ROM worden niet gebruikt door professionals bij het bespreken van de situatie van de client met collega's - Teamprestatie scores zijn onduidelijk onder professionals - Uitkomsten ROM nauwelijks besproken tijdens MDO - De verantwoording van de behandelingen verschilt per gemeente, daardoor zijn de uitkomsten van de MATE minder bruikbaar - Het is niet duidelijk voor de professionals wat met de uitkomsten van de ROM-afname gebeurt

4.2.2.1 ROM in huidige vorm sluit niet aan bij LVB-cliënten

De categorieën behorende tot dit thema illustreren waarom de huidige ROM-afname niet aansluit bij LVB-cliënten. Daarnaast wordt de anticipatie daarop van professionals om de ROM-afname zo LVB-vriendelijk mogelijk te laten verlopen besproken.

Behandelaren moeten aanpassingen maken aan ROM voor LVB-cliënten

Een belangrijke belemmering voor het afnemen van de MATE is het feit dat professionals aanpassingen moeten maken aan de ROM-afname voor LVB-cliënten omdat de ROM niet LVB-vriendelijk is. In zes van de negen interviews werd dit onderwerp totaal 59 keer genoemd. Eén van de professionals zei hierover: *'Als je het hebt over LVB bijvoorbeeld, dan pas ik de vragen wel aan, ja, dan moet je vragen iets makkelijker, sneller stellen dan dat ze daarin staan'*. De aanpassingen maakt de behandelaar op basis van zijn of haar ervaring met een individuele cliënt. De aanpassingen die werden genoemd zijn; het eenvoudiger stellen van de vragen, het aanpassen van het tempo waarop de vragen worden gesteld en het aanpassen van het taalgebruik.

ROM-afname belast de LVB-cliënt

In zeven van de negen interviews werd, in totaal 31 keer benoemd dat professionals merken dat een ROM-afname belastend is voor de LVB-cliënten. Dit merkt één van de professionals bijvoorbeeld doordat de cliënt geïrriteerd of kriebelig wordt tijdens de afname. Een citaat uit één van de interviews: *'Als je niet uitkijkt doe je schade met zo'n ROM.'* De professionals zijn bang om de LVB-cliënten te zwaar te belasten met de ROM.

Afname van totale ROM duurt te lang voor LVB-cliënten

In vijf interviews, werd in totaal 21 keer genoemd dat de ROM afname te lang duurt voor de LVB cliënt. De ROM wordt daarom nu vaak in twee keer uitgevoerd. In de eerder genoemde categorie 'ROM-afname belast client' blijkt dat professionals ervaren dat zij de client met de ROM-afname belasten, zorgverleners vinden het daarom een knelpunt om de cliënt twee keer te moeten belasten met de ROM.

Beperkingen van de LVB-cliënten bemoeilijken afname

Professionals benoemden in zeven van de negen interviews, in totaal 32 keer dat de beperkingen van de LVB-cliënten de afname van de ROM bemoeilijken. Een genoemde beperking is bijvoorbeeld dat de behandeling bij LVB-cliënten niet voorspelbaar is, hierdoor kan de ROM niet altijd afgenomen worden op de vooraf ingeplande afname momenten. Daarnaast hebben veel cliënten onderliggende problemen of nare ervaringen met behandelaren uit het verleden, waardoor ze achterdochtig zijn of niet alles durven te vertellen. Tot slot werd genoemd dat LVB cliënten hun eigen problemen vaak onderschatten of enkel telkens zeggen dat het goed gaat.

Door ROM-afname heeft de behandelaar minder contact met cliënt

Professionals ervaren minder contact met de cliënt door de ROM-afname. Professionals hebben het idee meer tijd te besteden aan het invullen van de ROM dan aan de cliënt en ervaren dat het contact met de cliënt verloren gaat door het werken achter een computer. Dit werd in zeven van de negen interviews, in totaal 16 keer benoemd. Eén van de professionals zei hierover: *'Dat is gewoon jammer, want dan ben je meer bezig met die met die computer dan met de cliënt.'*

Bij LVB-intake zijn aanpassingen nodig

In vijf van de negen interviews, totaal zestien keer, werd genoemd dat de ROM-afname tijdens de intake aanpassingen nodig heeft voor mensen met een LVB. Tijdens de interviews werd aangegeven dat een laagdrempelig kennismakingsgesprek in de vorm van een klinisch interview ontbreekt bij de voorgeschreven vorm van de ROM-afname. Professionals vinden dat de intake moet worden opgeknipt om een vertrouwensband met de cliënt te creëren.

Problemen met hardware bemoeilijken afname voor professionals

Vier professionals ervaren problemen met de hardware, zoals het niet hebben van een internetverbinding of het exact moeten klikken op de bolletjes in de MATE. Dit onderwerp werd totaal vijftien keer genoemd. Eén van de professionals zei hierover: *'Dan denk ik van ja, dat is niet meer van deze tijd. Nee, je moet digitaal werken, maar die wifi die hebben we niet. Dus hoe dan?'*

4.2.2.2 Het huidige meetinstrument voor ROM, de MATE, is niet passend voor LVB-cliënten

Het huidige meetinstrument voor de ROM, de MATE, is volgens professionals niet passend voor LVB-cliënten. Ze ervaren knelpunten rondom de vragen, antwoordmogelijkheden en modules van de MATE. Deze knelpunten worden binnen dit thema uitgelicht.

Complexiteit van vragen in de MATE

Zeven professionals hebben complexiteit van de vragen in de MATE 35 keer als knelpunt genoemd. Vragen die dubbele ontkenningen bevatten, abstraherend of generaliserend zijn, zijn voor LVB-cliënten lastig te beantwoorden. Daarnaast kunnen LVB-ers zich niet verplaatsen in (theoretische) vragen.

MATE bevat te veel modules voor LVB-cliënten

De MATE bevat veel modules, daarmee duurt de afname volgens professionals voor LVB-cliënten erg lang. In zeven interviews werd dit 17 keer genoemd als knelpunt. Professionals ervaren het aantal modules vaak als een stap te veel voor LVB-cliënten.

Taalgebruik MATE is te lastig voor LVB-cliënten

Het taalgebruik in de MATE vonden vier professionals, in totaal veertien keer te lastig voor de LVB-cliënten. De vragen worden volgens de professionals te moeilijk gesteld, waardoor zij zien dat de LVB-cliënten afhaken tijdens de afname. Eén van de professionals zei hierover: *‘Het is de lengte van de zinnen, de complexiteit van de zinnen, het is allemaal veel te veel. Veel te intens, te intensief.’*

Antwoordmogelijkheden MATE zijn te complex voor LVB-cliënten

Eén professional geeft aan dat de antwoordmogelijkheden van de vragen in de MATE te complex zijn. Als voorbeeld geeft de professional aan dat de vijf-punts-curve niet begrepen wordt door LVB-cliënten.

Professionals ervaren moeilijkheden met specifieke modules MATE omdat specifieke lijsten niet aansluiten bij LVB-cliënte of overbodig zijn

In de specifieke modules die de MATE bevat, ondervinden professionals ook knelpunten. Professionals moeten bijvoorbeeld alle modules over verschillende verslavingen doorlopen, terwijl de cliënt maar één verslaving heeft. Daarnaast vullen professionals vaak de lijst ‘Participatie en Activiteit’ in op basis van eigen kennis van de cliënt, omdat deze lijst veel tijd kost en verder niet ter ondersteuning is van de behandeling. Dit onderwerp werd totaal 13 keer genoemd door zes professionals.

De zinnen die gebruikt worden in de MATE zijn te lang voor LVB-cliënten

Daarnaast werd in drie interviews genoemd dat de zinnen te lang zijn, LVB-cliënten begrijpen vaak namelijk enkel korte, duidelijke zinnen. Het gevolg hiervan is dat cliënten halverwege de zin afhaken.

4.2.2.3 Nut ROM-afname niet duidelijk is niet duidelijk voor professionals

Binnen dit thema zijn categorieën genoemd die te maken hebben met het feit dat de professionals het nut van de ROM niet ervaren. De manieren waarop zij dit ervaren, worden hieronder toegelicht.

Behandelaar heeft ROM niet nodig om te weten hoe het met de LVB-cliënt gaat

Zeven professionals benoemden totaal 45 keer dat ze de MATE niet nodig hebben om te weten hoe het met de cliënt gaat. *‘Het voelt als een trucje, van je moet nog even de lijstjes invullen. Maar ik weet inmiddels wel hoe het met je gaat’*. Professionals kennen hun cliënten, daarom wordt de ROM door behandelaars vaak ingevuld vanuit voorkennis of uit de klinische situatie. Veranderingen in de situatie van de client worden daarnaast gezien tijdens de behandeling, niet zozeer tijdens de ROM-afname. *‘Als het niet goed gaat, dan wachten we ook niet op de eerstvolgende ROM. Dan grijp ik ook wel eerder in’*.

Professionals ervaren geen mogelijkheid tot verdieping in situatie van cliënt tijdens ROM-afname

In vier interviews werd 27 keer genoemd dat de professionals geen mogelijkheid tot verdieping ervaren in de situatie van de cliënt tijdens de ROM-afname. De ROM is volgens de professionals voornamelijk een momentopname en meer gericht op feiten, niet lettend op het complete verhaal. Vaak is na de afname nog een gesprek met de client nodig, omdat na de ROM-afname nog geen volledig beeld van de situatie van de client is.

Professionals vinden dat de uitkomsten van de MATE niet overeenkomen met de daadwerkelijke situatie van de cliënt en twijfelen daarmee aan validiteit

Vier professionals zijn niet zeker van volledige validiteit van de MATE. Dit komt doordat de antwoorden die de LVB cliënten geven niet overeenkomen met de werkelijkheid, omdat cliënten geneigd zijn te zeggen dat alles goed gaat. Daarnaast denken professionals dat de MATE niet volledig serieus ingevuld wordt, bijvoorbeeld omdat antwoorden ingevuld worden op basis van observaties. Naar hun mening tast dit de validiteit van de MATE aan. Dit onderwerp werd 21 keer genoemd.

Professionals geven aan dat door aanpassingen de vragen in de MATE niet uniform gesteld worden en twijfelen daarmee aan betrouwbaarheid

In drie interviews werd 21 keer de betrouwbaarheid van de MATE ook in twijfel getrokken. Dit wordt mede veroorzaakt doordat er minder uniformiteit is in de metingen door variatie in uitvoering van de ROM. Professionals vragen zich af of de meting bij LVB-clieënten daadwerkelijk betrouwbaar is, omdat door het aanpassen van de vragen in de MATE niet volledig objectief gemeten wordt.

Professional mist onderwerpen/onderdelen in de MATE, waardoor geen volledig beeld wordt gevormd van de situatie van de cliënt

Ten slotte missen zeven professionals achttien keer onderdelen in de afname, zoals beperkingen van functioneren van de client en functies van het middelengebruik. Professionals geven aan hierdoor een incompleet beeld te krijgen van de cliënt. Een voorbeeld van wat één van de behandelaren mist: *‘Wat er helemaal niet in zit, is op wat voor emotioneel niveau functioneert een lvb patiënt? En eigenlijk moet je dat ook wel een beetje weten om goed kunnen inschatten van welke behandeling kan iemand aan en wat moet je persé niet doen of wel doen? Dus eigenlijk zouden we daar ook een inventarisatie op moeten hebben, het is een lastig onderwerp, maar ik mis dat wel.’*

Professionals zien geen meerwaarde van ROM voor hun eigen werk

Uit zes interviews bleek dat het voor professionals vaak niet duidelijk is waarom de ROM afgenomen moet worden en waarom het belangrijk is voor het optimaliseren van de zorg. Zij ervaren daarom geen belang voor hun eigen werk bij het invullen van de ROM. Bij de start van de uitvoering van de van de ROM zijn de voordelen van voor de cliënt en de behandelaar niet duidelijk gepresenteerd en gecommuniceerd naar de professionals op de werkvloer, hierdoor zijn bij verschillende professionals twijfels ontstaan over de meerwaarde.

Professionals zeggen dat cliënten geen meerwaarde zien, omdat het voor hen niet duidelijk is waarom ROM afgenomen wordt

Zeven professionals geven aan dat het voor cliënten niet duidelijk is waarom de ROM bij hen afgenomen moet worden. Cliënten zien, volgens professionals, geen meerwaarde in de ROM-afname voor hun eigen behandeling, onder andere hierdoor raken cliënten gefrustreerd tijdens de afname, dit heeft een negatieve weerslag op de afname. Dit onderwerp werd dertien keer genoemd.

De vooraf opgestelde doelen van de ROM zijn niet duidelijk voor professionals

Twee professionals noemen andere doelen dan de vooropgestelde doelen van de ROM, hieruit blijkt dat de doelen niet duidelijk zijn voor deze professionals.

Voor professionals is de ROM nog geen standaard onderdeel in werkproces

Daarnaast ervaren zes professionals implementatieproblemen, dit werd twaalf keer genoemd. De ROM is volgens hen geen standaardonderdeel van het werk en zit nog niet in het werkproces. Daarentegen

zeggen professionals dat de huidige ROM-afname moeilijk te veranderen is als men dat zou willen, omdat er afspraken zijn met externe partijen.

Door grote hoeveelheden andere vragenlijsten in de zorg wordt tijd van professionals niet nuttig gebruikt

Twee professionals gaven zes keer aan dat er al veel vragenlijsten in de zorg afgenomen moeten worden. Zorgorganisaties als Tactus wordt veel werk opgelegd met de grote hoeveelheid vragenlijsten die zij moeten invullen, hierdoor wordt de tijd van behandelaren niet nuttig gebruikt volgens de professionals.

Mail over inplannen ROM-afname gaat niet over inhoudelijke zorg, waardoor het inhoudelijke nut van de ROM niet duidelijk wordt

Via een mail worden behandelaren op de hoogte gesteld dat een ROM afgenomen moet worden. In deze mails wordt niet gevraagd naar het welzijn of de gemoedstoestand van een cliënt. De mails vermelden enkel dat een ROM afgenomen moet worden omdat het dossier nog niet geldig is. Twee professionals ervaren deze administratieve insteek als knelpunt. Dit onderwerp werd negen keer genoemd.

Professionals vinden periodieke ROM overbodig als tussentijdse evaluatie omdat ze al weten hoe het met de cliënt gaat

Professionals vinden dat de tussenevaluatie, ofwel de periodieke ROM, weinig oplevert. Door de lange periode tussen de afnames zit, zijn de professionals al voldoende op de hoogte van de situatie van de client. Dit onderwerp werd vijf keer genoemd.

4.2.2.4 Afname ROM voelt voor professionals als een eis van externe stakeholders

Binnen dit thema worden de voornaamste beweegredenen van professionals voor het afnemen van de ROM bij de LVB-cliënt uitgelicht. De redenen waarom professionals de ROM uitvoeren worden hieronder gedefinieerd in drie categorieën.

ROM-afname wordt door professionals gezien als verplichting vanuit Tactus

Uit acht van de negen interviews kwam 48 keer naar voren dat professionals het afnemen van de ROM ervaren als iets wat gewoonweg uitgevoerd moet worden, een zogenoemd ‘moetje’. Professionals brachten naar voren dat ze de ROM niet afnemen omdat het relevant is of omdat het een meerwaarde is voor de behandeling. Zij zien het voornamelijk enkel als een verplichting

ROM wordt door professionals gezien als verplichting vanuit financiers

Zes professionals noemen dat ze de ROM invullen omdat het een verplichting is vanuit de financiers. Ze zeggen de ROM af te nemen om financiering te krijgen. Dit onderwerp werd 19 keer genoemd.

Een citaat horend bij bovenstaande punten: *‘Het ingewikkelde is dat de ROM inmiddels ook ja, omarmd is door financiers als kwaliteitstoets instrument, of je wel periodiek evalueert en daarmee is de ROM ook een moetje geworden. Omdat we anders dus ook de zorg niet betaald krijgen en dat die verplichting daardoor om te ROMmen heeft gemaakt dat je eigenlijk nog minder bezig bent met het ROMmen als klinische doel en dat je eigenlijk bezig bent met het ROMmen omdat het nou eenmaal moet.’*

ROM wordt door professionals gezien enkel als administratieve handeling

Twee professionals zien de ROM als administratieve handeling. Professionals benoemen dat het andere capaciteiten vergt om de ROM af te nemen, dan de capaciteiten die zij inzetten voor het behandelen van een cliënt.

4.2.2.5 Uitkomsten ROM zijn niet bruikbaar in de praktijk

In dit thema worden categorieën uitgelicht die betrekking hebben tot het gebruik van de uitkomsten van de ROM door professionals binnen hun werkzaamheden

Behandeling voor cliënt wordt niet aangepast door resultaten van de ROM-afname

In zes interviews is 26 keer genoemd dat de behandeling niet wordt aangepast op basis van de uitkomsten van de ROM, maar op basis van kennis over de cliënt. Professionals benoemen dat de uitkomsten van ROM nu geen toepassing hebben in de praktijk en daarom ook niet bijdragen aan een betere behandeling voor de client.

De uitkomsten van de ROM worden niet gebruikt door professionals bij het bespreken van de situatie van de cliënt met collega's

Resultaten van de ROM worden door de professional weinig besproken met collega's. Volgens vijf professionals gebeurt het bespreken van de status van de cliënt met andere collega's niet enkel na een ROM afname, maar gedurende het gehele proces. Daarnaast is het bespreken van resultaten niet altijd mogelijk door grote hoeveelheid ROMs die uitgevoerd moeten worden. Ook zijn de uitkomsten niet van belang voor andere collega's, dit draagt er aan bij dat de uitkomsten van de ROM niet besproken worden met andere collega's. Dit onderwerp werd vijftien keer genoemd.

Teamprestatiescores zijn onduidelijk onder professionals

Uit de uitkomsten van de MATE kunnen de teamprestaties van teams binnen Tactus worden bepaald. Het koppelen van de uitkomsten van de ROM aan teamprestaties is echter nog niet mogelijk. Daardoor zijn de prestaties van hun team voor professionals niet duidelijk, dit geven drie professionals aan. Dit onderwerp werd vijf keer genoemd.

Uitkomsten ROM nauwelijks besproken tijdens MDO

Uit drie interviews bleek tien keer dat de ROM niet standaard wordt meegenomen in een MDO en dat enkel ernstige afwijkingen worden besproken. De meningen over het meenemen van de ROM-uitkomsten zijn echter verdeeld. Een professional zou het bijvoorbeeld fijn vinden om in een MDO te kijken naar de uitkomsten van de ROM, een andere professional is niet zeker of professionals zitten te wachten op een gezamenlijke bespreking van de uitkomsten.

De verantwoording van de behandeling verschilt per gemeente, daardoor zijn de uitkomsten van de MATE minder bruikbaar

Door decentralisering van zorg is de manier van verantwoording in gemeenten niet meer hetzelfde waardoor gemeenten afwijken van de ROM. Dit werd door één professional genoemd: *'Nou daar zit ook wel eens een irritatiepunt, in de hele decentralisering van de zorg zijn er ook gewoon gemeenten die hebben zelf bedacht dat ze een ander systeem willen of een andere manier van verantwoording of een andere manier van meten terwijl wij gewend zijn om met de ROM te werken.'*

Het is niet duidelijk voor de professionals wat er met de uitkomsten van de ROM-afname gebeurt

Het voor professionals onduidelijk wat met de uitkomsten van de ROM gebeurt. Uit de interviews kwam naar voren dat niemand vraagt of de ROM daadwerkelijk is afgenomen en wat de uitkomsten van de ROM zijn. Het is voor de professional op het moment vaak onduidelijk wat met de uitkomsten van de ROM gebeurt en daar zouden zij graag meer duidelijkheid over willen hebben.

4.2.3 Resultaten gevonden adviezen

In dit deelhoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd die horen bij de onderzoeksvraag: Welke verbeteringen voor de knelpunten worden gegeven door de betrokken professionals bij de ROM-afname met LVB bij het TopGGz centrum Verslaving & LVB? In tabel 5 wordt een overzicht gegeven van de overkoepelende thema's 'Positieve meerwaarde ROM' en 'Adviezen' met de daarbij behorende categorieën. Eerst zal het thema 'Positieve meerwaarde van ROM voor professionals en cliënten' met categorieën gedefinieerd worden, vervolgens wordt ingegaan op de meest relevante adviezen van professionals als verbetering voor de gegeven knelpunten.

Tabel 5: Thema's 'Positieve meerwaarde ROM' en 'Adviezen' met de daarbij behorende categorieën

Thema	Categorieën
Positieve meerwaarde ROM	<ul style="list-style-type: none"> - Meerwaarde cliënt: voortgang zichtbaar - Meerwaarde behandelaar: ROM dient als handvat bij intake afname - Meerwaarde behandelaar: huidige situatie cliënt bekijken - Meerwaarde behandelaar: met ROM kan objectief gemeten worden - Meerwaarde behandelaar: Systematiek MATE geeft goed beeld van verschillende cliënten - Meerwaarde behandelaar: ROM scores laten zien hoe een team presteert - Meerwaarde behandelaar: ROM als nameting
Adviezen	<ul style="list-style-type: none"> - Het inzetten van ketenzorgpartners - ROM als standaardonderdeel in werkproces - Aanpassingen in specifieke lijsten - Aantal vragen/modules verminderen - Houding behandelaar ten opzichte van ROM positief veranderen - Teamprestaties tonen aan de hand van uitkomsten - Aan de client uitleggen waarom ROM wordt afgenomen - MATE afnemen als klinisch gesprek - Vergemakkelijken taalgebruik - Gebruik visualisatie in de MATE - Lengte van de zinnen verkorten - Toelichten waarom ROM afgenomen wordt - Tussentijdse evaluatie vervangen - Vaker resultaten met client bespreken - Vragen minder complex stellen - Vragenlijst aanpassen aan doelgroep - Naast de problematiek ook positieve ontwikkelingen tonen - ROM leuker maken voor client - ROM koppelen aan andere systemen - Nieuwe ROM ontwikkelen - Omgeving van de client betrekken bij de ROM - Overig gebruik niet altijd meenemen bij de ROM - ROM afschaffen - Hardware van de MATE verbeteren - Blokkeren van systeem als de ROM niet is afgenomen

4.2.3.1 Positieve meerwaarde ROM

De categorieën geschaard onder dit thema beschrijven een door professionals ervaren toegevoegde waarde van de ROM afname, van zowel tijdens als na de afname.

Meerwaarde cliënt: voortgang zichtbaar

In acht interviews kwam naar voren dat het tonen van vooruitgang aan de client, op basis van de resultaten van de MATE, een meerwaarde is voor de client. Professionals zien de cliënten opbloeien en zelfvertrouwen ontwikkelen door het zien van de resultaten. Cliënten reageren volgens professionals positief op de zichtbaar gemaakt vooruitgang en zijn trots op de resultaten die ze zien op papier. De visualisatie is voor de professionals belangrijk, omdat de verbetering die getoond kan worden aan cliënten ervoor zorgt dat cliënten opgewekt weggaan. Een behandelaar over het tonen van de vooruitgang aan cliënten: *'De client zie je dan echt helemaal opbloeien, helemaal opfleuren van goh wat mooi!'*. Dit onderwerp werd in de interviews 37 keer genoemd.

Meerwaarde behandelaar: ROM dient als handvat bij intake afname

Zes professionals vonden zeventien keer dat de ROM een handvat biedt bij de intake. Door de ROM-afname worden de modules van de MATE op een eenduidige manier afgenomen en alle levensgebieden uitgevraagd. Hierdoor geeft de MATE duiding en richting aan de behandelintensiteit. Daarnaast geeft de ROM-intake een goede nulmeting voor gebruik, psychische en lichamelijke staat.

Meerwaarde behandelaar: huidige situatie cliënt bekijken

Drie professionals vonden de ROM een goed instrument om de huidige situatie van de client te meten. De ROM laat niet alleen zien wat op een bepaald moment aan de hand is met de client, maar maakt ook duidelijk of sprake is van een toe- of afname in middelengebruik en geestelijke klachten. Dit onderwerp werd tien keer genoemd.

Meerwaarde behandelaar: Met ROM kan objectief gemeten worden

Vier professionals vonden het een meerwaarde dat de ROM gebruikt kan worden als objectieve beoordeling, in plaats van enkel uit te gaan van eigen observaties en gesprekstechnieken. Dit onderwerp is in totaal negen keer genoemd.

Meerwaarde behandelaar: Systematiek MATE geeft goed beeld verschillende cliënten

De ROM geeft een goed beeld van verschillende cliënten, door de systematiek die de MATE bevat. Daarnaast kan behandelaar kan bij niet spraakzame LVB-clieënten terugvallen op de structuur die de ROM en de MATE beiden. Vier professionals vonden de systematiek een meerwaarde van de ROM.

Meerwaarde behandelaar: ROM-scores laten zien hoe een team presteert

De ROM-scores laten zien hoe een team bij Tactus presteert en daarmee kan een vergelijking gemaakt worden met andere teams en instellingen. Aan de hand van de uitkomsten van de ROM kan aan medewerkers worden getoond wat verbeterd kan worden in de behandeling. Drie professionals benoemden dit als meerwaarde van de ROM, dit onderwerp werd vijf keer genoemd.

Meerwaarde behandelaar: ROM als nameting

Het gebruik van de MATE als nameting, om de behandeling goed met de cliënt af te sluiten werd drie keer benoemd als zinvol.

4.2.3.2 Adviezen gegeven door professionals

Professionals hebben een aantal adviezen gegeven die kunnen dienen als verbetering voor de gegeven knelpunten. In tabel 6 zijn de thema's dikgedrukt weergegeven, de knelpunten binnen dit thema worden daaronder genoemd. De knelpunten zijn gekoppeld aan de meest relevante adviezen die de professionals gaven. De adviezen zijn geselecteerd op basis van het aantal bijbehorende codes en het aantal keer dat het advies benoemd is door verschillende professionals. Daarnaast is gekeken naar de koppeling met de meest relevante knelpunten. De adviezen zullen in onderstaande tekst verder besproken worden.

Tabel 6: Adviezen per thema

Knelpunt	Advies
Onderdelen MATE zijn niet toepasbaar voor LVB cliënten <ul style="list-style-type: none"> - MATE bevat te veel modules voor LVB-clieënten - Hoge complexiteit van vragen in de MATE - Taalgebruik MATE is te lastig voor LVB-clieënten - Antwoordmogelijkheden MATE zijn te complex voor LVB-clieënten - De zinnen die gebruikt worden in de MATE zijn te lang voor LVB-clieënten - Behandelaren ervaren moeilijkheden met specifieke modules MATE omdat specifieke lijsten niet aansluiten bij LVB-clieënten of overbodig zijn 	Aanpassen MATE <ul style="list-style-type: none"> - Aantal vragen en modules in de MATE verminderen - Vergemakkelijken taalgebruik - Lengte van zinnen in de MATE verkorten - Gebruik maken van visualisatie in MATE - MATE afnemen als klinisch gesprek
Nut van de ROM-afname niet duidelijk voor cliënt <ul style="list-style-type: none"> - Professionals zeggen dat cliënten geen meerwaarde zien, omdat het voor hen niet duidelijk is waarom ROM afgenomen wordt 	<ul style="list-style-type: none"> - Belang ROM aan cliënten uitleggen - Voortgang van de cliënt meenemen
Gebruik uitkomsten ROM in de praktijk <ul style="list-style-type: none"> - Teamprestatie scores zijn onduidelijk onder professionals 	<ul style="list-style-type: none"> - Teamprestaties aan de hand van de MATE-uitkomsten lasten zien
Bewegredenen van professionals voor afnemen ROM <ul style="list-style-type: none"> - ROM-afname wordt door professionals gezien als verplichting vanuit Tactus 	<ul style="list-style-type: none"> - Houding van de behandelaar ten opzichte van de ROM positief veranderen

‘Aanpassingen MATE’ als advies voor ‘Onderdelen MATE niet toepasbaar voor LVB-clieënten’

Professionals gaven verschillende adviezen voor aanpassingen aan de MATE om de onderdelen van de MATE meer toepasbaar te maken voor LVB-clieënten. Ten eerste raadden vijf professionals samen zeven keer aan om het aantal vragen en het aantal modules in de MATE te verminderen. Ze adviseren om de MATE korter te maken of om vragen uit de modules te halen zodat de MATE niet te lang is voor LVB-clieënten. Ten tweede werd het aanpassen van het taalgebruik door drie professionals vijf keer genoemd als advies. Zij geven daarbij als voorbeeld de vragen te vergemakkelijken. Daarnaast adviseren twee professionals, vier keer, om lengte van de zinnen korter te maken. Ook werd het visualiseren van de vragen of antwoordmogelijkheden van de MATE genoemd door twee professionals als advies, dit zou de ROM-afname voor de cliënt makkelijker maken. Professionals adviseren daarom sterk het toevoegen van afbeeldingen aan de MATE. Ten slotte

adviseerden vier professionals de MATE als klinisch gesprek te implementeren en meer beschrijvende diagnostiek toe te voegen. Zij zijn van mening dat een klinische blik beter is voor het optimaliseren van zorg, dan een ROM-afname. Hierbij zou de ROM ondersteuning kunnen bieden aan het klinisch werken.

Advies 'Nut ROM-afname niet duidelijk voor cliënt'

Twee professionals vonden samen vier keer dat verbetering mogelijk is in de uitleg over het belang van de ROM aan de cliënt. Cliënten kunnen beter worden voorbereid op de ROM-afname door het doel van de ROM-afname aan hen uit te leggen. Daarnaast wordt door twee professionals geadviseerd resultaten vaker met cliënten te bespreken, omdat positieve veranderingen van de client om deze manier inzichtelijk gemaakt kan worden.

Advies 'Gebruik uitkomsten in praktijk'

Er werd door drie professionals geadviseerd de teamprestaties aan de hand van de MATE-uitkomsten te tonen aan de professionals, bijvoorbeeld door een aantal keer per jaar te kijken naar de scores van een team. Professionals geven aan behoefte te hebben aan het koppelen van de ROM-uitkomsten aan teamprestaties. Als voorbeeld wordt het bundelen van uitkomsten per team genoemd, om deze vervolgens te kunnen vergelijken.

Advies 'Beweegredenen professionals voor uitvoeren ROM'

Door drie professionals werd geadviseerd om de houding van de behandelaar ten opzichte van de ROM te verbeteren. Professionals zouden de ROM als 'leuker' moeten zien en het zou mooi zijn als het gevoel van 'moeten' wordt omgezet in het ervaren van de ROM als nuttig. Om dat te bereiken zou gestart moeten worden met een motiverend traject om de MATE te promoten onder de professionals.

Advies om ketenzorgpartners in te zetten

Het inzetten van ketenzorgpartners werd door twee professionals twaalf keer genoemd als advies. Het ontbreken van het inzetten van een ketenzorgpartner bij de huidige ROM-afname werd echter niet als knelpunt genoemd. Het advies is om de input van informatie door ketenzorgpartners te gebruiken bij het invullen van de ROM, de professionals denken dat deze kennis als belangrijke input kan dienen voor de inhoud van de MATE. Daarnaast zouden ketenzorgpartners ook een rol kunnen spelen in de behandeling en begeleiding van cliënten. Dit is mogelijk door ketenzorgpartners te informeren en hen te betrekken bij het gehele behandelproces.

5. Discussie

5.1 Reflectie op resultaten

Het doel van dit onderzoek is om een advies uit te brengen over het verbeteren van de implementatie van ROM-afname bij LVB cliënten bij het TOPGGz centrum Verslaving en LVB. In dit deelhoofdstuk wordt gereflecteerd op de gevonden resultaten.

5.1.1 Reflectie op resultaten in hoeverre de MATE wordt ingevuld en welke factoren daarop van invloed zijn

In dit onderzoek is de volgende onderzoeksvraag gesteld: In hoeverre wordt tijdens de ROM-afname met LVB bij het TopGGz centrum Verslaving & LVB de MATE ingevuld en welke factoren zijn daarop van invloed? Gemiddeld wordt de MATE voor 39,1 procent ingevuld, bij 55,1 procent van cliënten is de MATE niet ingevuld en bij 17,3 procent van de cliënten is de MATE volledig ingevuld. De MATE wordt voor minder dan de helft ingevuld bij LVB-clieënten en de meerderheid van de cliënten heeft de MATE niet ingevuld en slechts een klein deel van de cliënten heeft de verplichte onderdelen van de MATE volledig ingevuld. De standaarddeviatie is 46,1, dit duidt op een hoge spreiding van het MATE-percentage, in hoeverre de MATE is ingevuld varieert sterk tussen cliënten. Bij de intake-MATE is de ROM-score 17,3 procent, dit betekend dat bij 17,3 procent van de MATEs die uitgevoerd hadden kunnen worden alle verplichte vragen ingevuld zijn. Uit het rapport 'ROM-instructie' is vernomen dat de normencommissie van Tactus een ROM-score van 65 procent heeft opgesteld (9). Een ROM wordt daarbij meegenomen als alle verplichte vragen van de MATE zijn ingevuld. De gevonden 17,3 ligt veel lager dan de beoogde ROM-score van 65 procent. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er niet voldaan wordt aan de ROM-score van 65 procent. Deze resultaten komen overeen met de verwachting dat de MATE voor het grootste deel niet ingevuld en de ROM-score niet behaald wordt.

De factor leeftijd staat significant in relatie met in hoeverre de MATE is ingevuld. Het percentage van in hoeverre de MATE is ingevuld daalt met 0,5 procent als de leeftijd van de cliënt met één jaar omhooggaat. Dit betekent dat oudere cliënten de MATE in mindere mate invullen dan jongere cliënten.. Ook ROM-afnames die uitgevoerd worden in het team Zwolle 2 Ambulant hebben een relatie met mate waarin de MATE is ingevuld. Als de cliënt een behandeling volgt bij team Zwolle 2 Ambulant, ligt het MATE-percentage 21,5 procent hoger. Hieruit kan geconcludeerd worden dat ingeschreven staan voor een behandeling aan team Zwolle 2 Ambulant een positieve relatie heeft met in hoeverre de MATE is ingevuld.

Voor de factor geslacht en de overige teams is geen significant verband aangetoond met in hoeverre de MATE is ingevuld. Dit betekent dat geslacht en de overige teams geen relatie hebben met de mate waarin de MATE is ingevuld.

5.1.2 Relevante knelpunten bij afnemen ROM en adviezen van professionals

5.1.2.1 Meest relevante knelpunten van professionals bij afnemen ROM

Het doel kwam onder meer voort uit onduidelijkheid over op welke vlakken professionals in de praktijk moeilijkheden ervaren bij het uitvoeren van de ROM. Om dit te onderzoeken is er vanuit een breed perspectief onderzoek gedaan naar ervaringen met het uitvoeren van de ROM en de knelpunten die hierbij door de betrokken professionals worden ondervonden. In deze studie is daarom de volgende onderzoeksvraag gesteld: Welke knelpunten worden ervaren door de betrokken professionals bij de ROM-afname met LVB bij het TopGGz centrum Verslaving & LVB? In de volgende alinea's zullen de vijf grootste knelpunten uitgelicht worden.

Één van de belangrijkste knelpunten is dat professionals aanpassingen moeten maken aan de ROM-afname omdat de ROM niet LVB-vriendelijk genoeg is. Zowel de ROM als de MATE zijn volgens professionals niet aangepast aan de beperkingen van LVB'ers, hierdoor passen professionals zelf de vragen in de MATE aan. Op deze manier laat de professional het taalgebruik van de MATE, de complexiteit van de zinnen en het aantal woorden aansluiten bij de beperkingen van elke specifieke LVB-cliënt. Uit de literatuur blijkt dat mensen met een licht verstandelijke beperking een minder abstraherend vermogen hebben. Ook kenmerkt een LVB zich door tekorten in het adaptief vermogen (13). Het aanpassen van de vragen sluit aan bij de gevonden beperkingen van LVB in de literatuur. De professionals ervaren de noodzaak tot het maken van aanpassingen als knelpunt.

Een tweede knelpunt is het feit dat professionals het afnemen van de ROM als een verplichting ervaren, ze nemen de ROM bijvoorbeeld enkel af om het dossier kloppend te maken of als verantwoording naar de financier. Professionals vinden de ROM een controlemiddel, dat voornamelijk gezien wordt als formaliteit. Als het doel van de afname enkel het voldoen aan de eisen van een externe stakeholder en meten van de klinische prestatie is wordt dit gezien als belemmering voor goede implementatie volgens de literatuur (30). Om de ROM te goed te kunnen implementeren is het van belang de het gevoel van verplichting tegen te gaan en het doel niet enkel dat van de externe stakeholder te laten zijn.

Een derde knelpunt is het feit dat professionals de ROM niet nodig hebben om te weten wat de situatie van de client is. De ROM draagt daarmee niet bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de cliënt. De kennis over veranderingen in de situatie en het welzijn van de cliënten verkrijgt de behandelaar uit de behandelgesprekken met cliënten. De uitkomsten van de MATE zijn geen nieuwe informatie voor de behandelaar, omdat de behandelaar het welzijn van de cliënt monitort gedurende de gehele behandeling. Dit knelpunt wordt versterkt doordat er een lange periode zit tussen de ROM afnames. Hierdoor hebben de behandelaren tussen de afnames door veel gesprekken waaruit de behandelaar haalt hoe het met de cliënt gaat, hij heeft hierbij de tussentijdse evaluatie niet nodig. Uit de literatuur blijkt dat de implementatie beter verloopt als professionals een PROM beschouwen als relevant en bruikbaar voor hun werk (30). De verwachting is dat professionals dit minder als knelpunt zullen ervaren als de ROM als relevant wordt gezien voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Ook ervaren de professionals de hoge complexiteit van de vragen in de MATE als een van de grootste knelpunten tijdens de ROM-afname. De vragen bevatten bijvoorbeeld veel woorden, dubbele ontkenningen of veel veralgemenisering. Dit komt overeen met de literatuur (27) waaruit blijkt dat mensen met een LVB een beperkt taalbegrip en een kleinere woordenschat hebben. Uiteindelijk resulteert de hoge complexiteit in het onvolledig of niet antwoord krijgen op de vragen uit de MATE. Uit de literatuur (30) blijkt ook dat de implementatie en afname belemmerd wordt als het design van de PROM te complex was.

Het laatste knelpunt zijn de beperkingen van cliënten die de afname van de ROM en de MATE bemoeilijken. Zowel uit de literatuur als uit de interviews met professionals blijkt dat LVB-cliënten een lage concentratie hebben en sneller hun motivatie verliezen (27). Hierdoor luistert de cliënt naar verloop van tijd niet meer naar de vragen die de behandelaar stelt en geeft de client willekeurige antwoorden. Het verzamelen van de juiste gegevens is daarom lastig bij LVB-cliënten. Verder hebben LVB-cliënten vaak al veel hulpverleners gezien door onderliggende problemen, ze zijn daardoor wantrouwend en achterdochtig geworden tegenover behandelingen en vragenlijsten. Het komt voor dat cliënten door deze oorzaak niet alles durven te vertellen. Bovendien onderschatten LVB-cliënten hun eigen problemen, ze zijn hierdoor geneigd te zeggen dat het goed gaat, terwijl dit vaak net het geval is. Door deze beperkingen van LVB- cliënten loopt de behandeling niet altijd voorspelbaar en daarmee

ook niet altijd voorspoedig. Het gebeurt bij LVB-cliënten vaker dat de ROM niet afgenomen kan worden door een onverwachte situatie. Op deze manieren worden de beperkingen van de cliënten als knelpunten ervaren door verschillende professionals.

5.1.2.2 Adviezen

Om een gericht advies te kunnen uitbrengen over de implementatie van de ROM-afname, zodat de ROM verbeterd kan worden, is in de interviews met professionals ook gevraagd naar adviezen voor een verbetering van de genoemde knelpunten. Hiermee wordt antwoord gegeven op de 3e onderzoeksvraag: Welke verbeteringen voor de knelpunten worden gegeven door de betrokken professionals bij de ROM-afname met LVB bij het TopGGz centrum Verslaving & LVB?

Hieronder worden de reflecties op de drie meest relevante adviezen genoemd, de positieve meerwaarde wordt meegenomen ter ondersteuning en onderbouwing van de adviezen.

5.1.2.2.1 Aanpassen MATE

Als advies voor de knelpunten ‘complexiteit van de vragen’, ‘beperkingen van cliënten’ en het ‘maken van aanpassingen voor LVB in de ROM afname’, gaven de professionals aan dat het aanpassen van de ROM voor LVB-cliënten een verbetering zou zijn. Uit literatuur (30) blijkt ook dat aanpasbaarheid van de afname aan de specifieke cliënt een key-facilitator is.

De genoemde adviezen voor aanpassingen van de professionals zijn als volgt:

Om de ROM LVB-vriendelijker te maken, zouden minder variabelen in de MATE meegenomen en het aantal vragen verminderd moeten worden. Door deze aanpassingen sluit de afname beter aan bij het concentratieniveau van de cliënten. Vanuit de literatuur (27) wordt ook geadviseerd de duur van een afname te beperken tot maximaal één uur en te laten afhangen van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Professionals geven daarnaast het advies om een andere bewoording in de vragen te gebruiken. Om de cliënt volledig recht te doen is een ongelijksoortige manier van schrijven van de vragen nodig, aldus de professionals. Vanuit de literatuur (27) wordt geadviseerd de vragen zo helder en concreet mogelijk geformuleerd worden. Geadviseerd wordt ook om geen dubbele ontkenningen en dezelfde taal als de LVB-cliënt te gebruiken. Professionals ervoeren de zinnen als te lang voor LVB-cliënten. Ze adviseren daarom om gebruik te maken van korte en duidelijke zinnen. Deze zinnen zouden uit maximaal 7 woorden moeten bestaan omdat dit het aantal woorden per zin wat LVB-cliënten kunnen begrijpen. De zinnen zouden bijvoorbeeld opgesplitst kunnen worden naar maximaal één onderwerp per zin. Ook de literatuur (27) adviseert om vragen aan LVB-cliënten zo kort mogelijk te formuleren. De vragen en de antwoorden van de MATE zijn voor LVB-cliënten vaak te abstract. Professionals adviseren daarom het gebruik van visualisatie van de MATE, in de vorm van afbeeldingen of een tijdsbalk. Ook vanuit de literatuur (27) wordt adviseert om pictogrammen of foto's te gebruiken als verduidelijking van de vragen. Daarnaast wordt in de literatuur (30) het ondersteunen van cliënten tijdens de afname, door bijvoorbeeld technologische ondersteuning, aangemerkt als facilitator. Professionals adviseren daarnaast ook om de MATE als klinisch gesprek af te nemen, in plaats van als gestructureerde vragenlijst. Ze stellen voor om beschrijvende diagnostiek toe te passen, omdat zij vinden dat een klinische blik beter is voor het optimaliseren van de zorg, dan het gebruik de ROM. Zij zien de ROM meer als ondersteuning op het klinisch werken.

Ten slotte wordt het zichtbaar maken van de voortgang van de client als meerwaarde van de ROM genoemd. Professionals geven aan dat de cliënt opbloeit van het zien van een positieve verandering in hun situatie, dit resulteert in een positieve meerwaarde voor de cliënt. In de literatuur (30) is ter ondersteuning gevonden dat het makkelijker maken van het gebruik van de uitkomsten tijdens de behandeling, bijvoorbeeld in de vorm van eenvoudige grafieken, een facilitator is.

5.1.2.2.2 Houding behandelaren veranderen

Professionals adviseren om de houding van de behandelaar ten opzicht van de ROM te veranderen. Behandelaren zouden de ROM als leuker moeten zien en het gevoel dat de ROM een verplichting is, moet worden omgezet in het inzien van het nut van de ROM. Ook uit literatuur (30) blijkt wanneer behandelaren een PROM beschouwen als valide, relevant en bruikbaar voor hun werk, de PROM sneller geïmplementeerd wordt. Professionals vanuit de organisatie goed informeren over de implementatie en het nut van de ROM kan bijdragen aan het feit dat behandelaren de ROM niet enkel als verplichting zien.

5.1.2.2.3 Inzetten ketenzorgpartners

Professionals adviseren ook het betrekken van ketenzorgpartners in het leveren van input voor de MATE en in de begeleiding tijdens de behandeling. Bijvoorbeeld, woonbegeleiding, ambulante begeleiding of sociaal maatschappelijk werkers. Uit de literatuur blijkt echter dat het inzetten van ketenzorgpartners (proxies) (27) voor input van de MATE niet altijd goede informatie oplevert, de informatie is namelijk soms niet betrouwbaar omdat proxies hun eigen perspectief behouden.

5.2 Beperkingen van het onderzoek:

Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden, werd beoogd om een data-analyse uit te voeren bij alle ingevulde MATEs bij Tactus. Voor het uitvoeren van de data-analyse zijn echter enkel de intake-MATEs geselecteerd. Deze keuze is gemaakt op basis van de beschikbare tijd voor dit onderzoek. Voor volledigheid aan informatie had gekeken kunnen worden naar de tussenevaluatie- en de eindMATE. Uit de resultaten van deelvraag 2 is gebleken dat de professionals de MATE als tussenevaluatie vaker overbodig vinden, terwijl de intake-MATE volgens hen handvaten biedt om de intake gestructureerd af te nemen. Deze gegevens scheppen de verwachting dat het percentage in hoeverre de MATE wordt ingevuld waarschijnlijk hoger ligt bij de intake-MATE dan bij de tussenevaluatie-MATE. Het is daarmee mogelijk dat de MATE-percentages in de werkelijkheid lager liggen. Het is onduidelijk of de gevonden uitkomsten van de intake-MATEs ook voor alle MATEs gelden, daarmee is de externe validiteit van het onderzoek verminderd. Dit gegeven verkleint de kwaliteit van het onderzoek.

Daarnaast is het niet volledig zeker of de voor de analyse selecteerde behandeling daadwerkelijk een ROM-afname is. Een MATE-percentage van de eerste behandeling van de client werd namelijk opgenomen in de analyse, omdat deze behandeling over het algemeen een ROM-afname is. Het is echter ook mogelijk dat eerst een klinisch gesprek is gehouden en de ROM de eerst daaropvolgende behandeling uitgevoerd is. Mocht dit het geval zijn is het mogelijk dat conclusies die getrokken worden niet volledig overeen komen met de werkelijkheid. De leeftijd en het geslacht van de client blijven in deze situatie hetzelfde, maar de mogelijkheid bestaat dat het team waar de MATE is ingevuld verschilt. Dit zorgt ervoor dat de uitkomsten van de betreffende teams minder intern valide zijn.

In het kwalitatieve onderzoek zijn vooral professionals geïnterviewd die in het westen van Nederland werkzaam zijn, met name op de Tactus locatie Enschede Raiffeisenstraat. Dit kan de generaliseerbaarheid van de resultaten beperken. Hoewel te zien is dat de verschillende teams de MATE wisselend invullen, vullen acht van de negen teams de MATE rond de 40 procent in. Vanuit deze gegeven worden er geen aannames gevonden dat professionals in andere delen van Nederland andere knelpunten ervaren bij de afname van de ROM bij LVB-cliënten.

Door beperkte tijd, zijn er negen interviews afgenomen. Interviews zijn afgenomen met zorgprofessionals werkzaam binnen alle teams van Tactus waar zorg verleent wordt binnen het zorgpad Verslaving en LVB. De interviews zijn afgenomen met de meest relevante professies betrokken bij dit zorgpad. Echter zijn alle niet professies binnen de teams geïnterviewd, waardoor het onvoldoende duidelijk is of volledige theoretische saturatie is bereikt. Daarnaast is als gevolg van de beperkte tijd ook gekozen geen LVB-cliënten te interviewen. Uit de interviews met professionals kwamen echter veel knelpunten en adviezen rondom het uitvoeren van de ROM naar voren. Deze gegevens waren erg bruikbaar, hieruit is af te leiden dat de knelpunten en adviezen voldoende in kaart gebracht zijn. Daarmee is voor de onderzoekers het doel van het onderzoek bereikt.

5.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

De externe validiteit van het onderzoek is verkleind door enkel te kijken naar de intake-MATE, de validiteit zou in een vervolgonderzoek vergroot kunnen worden door ook de MATEs van de tussentijdse ROM-afname en de eind-ROM mee te nemen, dit wordt dan ook geadviseerd voor vervolgonderzoek. Dit zou gerealiseerd kunnen worden door de geboortedatum en het geslacht van de client en het team waar de MATE wordt afgenomen toe te voegen aan het bestand met de antwoorden van de MATE. Op deze manier zijn de factoren die invloed zouden kunnen hebben op het uitvoeren van de ROM voor elke MATE genoteerd, waardoor elke MATE meegenomen kan worden in het onderzoek.

Desondanks dat dit onderzoek een aantal beperkingen heeft, geeft het onderzoek een goed inzicht in de knelpunten en adviezen die professionals ervaren tijdens de ROM-afname bij LVB-cliënten binnen het zorgpad 'Verslaving en LVB'. Voor een vervolgonderzoek wordt aangeraden onderzoek te doen naar de ervaringen van LVB-cliënten met de ROM-afname. Hierdoor zou de ROM nog beter afgestemd kunnen worden op de behoeften van de LVB cliënt en daardoor ook bij kunnen dragen aan de verbetering van zorg.

Om een beter beeld te krijgen van specifieke knelpunten en adviezen wordt een diepte-onderzoek naar deze onderwerpen geadviseerd. Hieruit zou bijvoorbeeld de oorzaak van een knelpunt naar voren kunnen komen. Daarnaast zou meer gedetailleerde informatie over een advies verkregen kunnen worden door te focussen op de meest relevante adviezen, daarmee kan het advies uitgebreider beschreven worden.

6. Conclusie

Het doel van het onderzoek was een advies vormen om de implementatie van de ROM-afname binnen bij LVB-cliënten bij het TOPGGz centrum Verslaving en LVB te verbeteren.

Uit het kwantitatieve onderzoek is gebleken dat de MATE gemiddeld voor 39,1 procent wordt ingevuld. De factoren die hierop van invloed zijn, zijn leeftijd van de cliënt en een behandeling volgen aan team Zwolle 2-Ambulant. Uit het kwalitatieve onderzoek is gebleken dat professionals de ROM-afname moeten aanpassen aan de LVB-cliënt, professionals de afname ervaren als een verplichting en dat ze de ROM niet nodig hebben om te weten hoe het met de cliënt gaat. Daarnaast ervaren zij de complexiteit van de MATE en beperkingen van cliënten bij de ROM-afname als knelpunten.

Het uiteindelijke advies om de implementatie van de ROM-afname bij LVB-cliënten bij het TOPGGz centrum Verslaving en LVB te verbeteren is het LVB-vriendelijk aanpassen van de MATE; het aantal vragen in de MATE verminderen, taalgebruik vergemakkelijken, zinnen verkorten en visualiseren van vragen, en de houding van behandelaars ten opzichte van de ROM positief veranderen.

Referentielijst

1. GGZ Standaarden. Factsheet Middelengebruik in Nederland 18+ [Internet]. GGZ Standaarden; 2019 [Cited 2021 Feb 5]. Available from: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/site_products/36d82a751c94e65155041ce3cad1a9ee.pdf
2. Duijvenbode N van, Van Der Nagel J, Poelen E, Kiewik M, Kemna L, Bierman K. Middelengebruik en verslaving bij mensen met een LVB. Utrecht: Academische Werkplaats Kajak; 2019.
3. Team Zorgontwikkeling Tactus Verslavingszorg. Uitwerking zorgpad Lichte Verstandelijke Beperking & Cognitieve stoornissen. 2015.
4. Van Der Nagel J, Kiewik M, van Dijk M, Didden R, Buitelaar J, Jong C. Middelengebruik bij mensen met een Lichte Verstandelijke Beperking. 2016. p. 26-33.
5. Boomsma LJ, Drost IM, Larsen IM, Luijkx JJHM, Meerkerk GJ, Valken N, Verduijn M, Burgers JS, Van der Weele GM, Sijbom M. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (M10). Nederlands Huisartsen Genootschap. September 2014.
6. Van Der Nagel J, Kemna L, Didden R. Substance use among persons with Mild Intellectual Disability: approaches to screening and interviewing. NADD bulletin. 2013;16.
7. Over het Centrum Verslaving & LVB [Internet]. [Cited 2021 Feb 25]. Available from: <https://www.tactus.nl/centrum-verslaving-lvb/over-het-centrum-verslaving-lvb/>.
8. van Dijk M, Van Der Nagel J, Dijkstra B, Didden R, de Haan H, Jong C. TactIQ: Lichte Verstandelijke Beperking bij mensen met een verslaving. 2016. p. 34-7.
9. Team Zorgontwikkeling Tactus Verslavingszorg. ROM Instructie. 2018.
10. Carroll Chapman SL, Wu LT. Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. Research in Developmental Disabilities. 2012;33(4):1147-56.
11. TOPGGz-keurmerk Tactus Verslavingszorg. [cited 2021 Apr 5]; Available from: <https://www.tactus.nl/over-tactus/kwaliteit-van-zorg/top-ggz/>
12. Van Der Nagel J, Van Dijk M. Routine Outcome Monitoring (ROM) Zorgpad LVB en verslaving; Advies voor doorontwikkeling en aanpassingen. 2018.
13. American Psychiatric Association. DSM-5: Frequently Asked Questions [Internet]. [Cited 2021 Feb 25]. Available from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/feedback-and-questions/frequently-asked-questions>
14. Sluyter F. Verslaving. Neuropraxis. 2009;13(4):88-93.
15. Olivier EJFL, Wijdeveld AGM, Van De Wetering BJM. Verslaving. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2006.
16. Hersenstichting. Verslaving. [Internet]. [Cited 2021 Feb 26]. Available from: <https://www.hersenstichting.nl/hersenaandoeningen/verslaving/>
17. Artsenfederatie KNMG. DSM-5: criteria stoornis in het gebruik van middelen. [Internet]. [Cited 2021 Feb 25]. Available from: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/abs-artsen-toolkit/kennis-vergroten/dsm-5-criteria-stoornis-in-het-gebruik-van-middelen.htm#:~:text=De%2011%20criteria%20van%20de,verlang%20voelen%20om%20te%20gebruiken>
18. Jellinek. Wanneer ben je verslaafd? [Internet]. [Cited 2021 Feb 25]. Available from: <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/wanneer-ben-je-verslaafd-aan-alcohol-of-drugs/>
19. Team Zorgontwikkeling Tactus Verslavingszorg. ROM Instructie. 2018.

20. Van Der Nagel J, Van Dijk M. Routine Outcome Monitoring (ROM) Zorgpad LVB en verslaving; Advies voor doorontwikkeling en aanpassingen. 2018.
21. Schippers GM, Broekman TG, Buchholz A. MATE 2.1. Handleiding en protocol. 2011. Nijmegen: Bureau Bêta; 2011.
22. GGZ Standaarden. Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving. [Internet]. [Cited 2021 Mar 8]. Available from:
23. Schippers GM, Broekman TG, Buchholz A, Koeter MW, van den Brink W. Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction*. 2010;105(5):862-71.
24. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat*. 1992;9(3):199-213.
25. TOC – Theory of Constraints [Internet]. Leaninfo.nl. [cited 2021 april 6]. Available from <https://www.leaninfo.nl/toc-theory-constraints/>
26. Şimşit ZT, Günay NS, Vayvay Ö. Theory of Constraints: A Literature Review. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [Internet]. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 2014;150:930–6. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.104>
27. Schuurman M, Speet M, Kersten M. http://kalliopeconsult.nl/images/8_67.pdf [Internet]. Kalliopeconsult.nl. [cited 2021 Apr 13]. Available from: http://kalliopeconsult.nl/images/8_67.pdf
28. Bouter LM, van Dongen MCJM, Zielhuis GA, Zeegers MPA. *Leerboek epidemiologie*. Zevende druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghun; 2016. DOI: 10.1007/978-90-368-0562-9.
29. Boeije H, Bleijenbergh I. *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Derde druk. Amsterdam: Boom Uitgevers; 2019. DOI: 10.1007/BF03084137
30. Foster A, Croot L, Brazier J, Harris J, O’Cathain A. The facilitators and barriers to implementing patient reported outcome measures in organisations delivering health related services: a systematic review of reviews. *J Patient Rep Outcomes*. 2018 Oct 3. DOI: 10.1186/s41687-018-0072-3.

Appendix

Appendix A: Syntax SPSS

```
DATASET ACTIVATE DataSet2.
FREQUENCIES VARIABLES=Geslachtnr
  /ORDER=ANALYSIS.

STRING Huidgedatum (A11).
COMPUTE Huidgedatum=$DATE11.
EXECUTE.

* Define Variable Properties.
*Huidgedatum.
ALTER TYPE Huidgedatum(DATE11).
*Huidgedatum.
FORMATS Huidgedatum(DDMMYY).
EXECUTE.

COMPUTE Leeftijd=DATEDIFF(Huidgedatum,Geboortedatum,'years').
VARIABLE LABELS Leeftijd 'Leeftijd in jaren'.
EXECUTE.

* Define Variable Properties.
*Leeftijd.
FORMATS Leeftijd(F8.0).
EXECUTE.

STRING CategorieenLeeftijd (A8).
RECODE Leeftijd (Lowest thru 34=22 tot 34) (35 thru 49=35 tot 49) (50 thru 64=50 tot 64) (65
  thru 73=65 tot 73) INTO CategorieenLeeftijd.
EXECUTE.

FREQUENCIES VARIABLES=MATEpercentage
  /NTILES=4
  /STATISTICS=STDDEV RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN MEDIAN MODE SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT
  /ORDER=ANALYSIS.

FREQUENCIES VARIABLES=Team
  /NTILES=4
  /STATISTICS=STDDEV RANGE MINIMUM MAXIMUM
  /ORDER=ANALYSIS.

FREQUENCIES VARIABLES=Geslacht
  /NTILES=4
  /STATISTICS=STDDEVT
  /ORDER=ANALYSIS.

DESCRIPTIVES VARIABLES=Leeftijd
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

FREQUENCIES VARIABLES=CategorieLeeftijd
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM
  /ORDER=ANALYSIS.
```

* Chart Builder.

GGRAPH

```
/GRAPHDATASET NAME="graphdataset" VARIABLES=MATEpercentage MISSING=LISTWISE REPORTMISSING=NO  
/GRAPHSPEC SOURCE=INLINE.
```

BEGIN GPL

```
SOURCE: s=userSource(id("graphdataset"))  
DATA: MATEpercentage=col(source(s), name("MATEpercentage"))  
GUIDE: axis(dim(1), label("MATEpercentage"))  
GUIDE: axis(dim(2), label("Frequency"))  
ELEMENT: interval(position(summary.count(bin.rect(MATEpercentage))), shape.interior(shape.square))  
ELEMENT: line(position(density.normal(MATEpercentage)), color("Normal"))
```

END GPL.

SUMMARIZE

```
/TABLES=MATEpercentage BY Team  
/FORMAT=LIST NOCASENUM TOTAL  
/TITLE='Case Summaries'  
/MISSING=VARIABLE  
/CELLS=COUNT MEAN STDDEV.
```

DATASET ACTIVATE DataSet1.

T-TEST GROUPS=Geslacht(1 2)

```
/MISSING=ANALYSIS  
/VARIABLES=MATEpercentage  
/CRITERIA=CI(.95).
```

REGRESSION

```
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT MATEpercentage  
/METHOD=ENTER Geslacht.
```

REGRESSION

```
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT MATEpercentage  
/METHOD=ENTER Leeftijd.
```

REGRESSION

```
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT MATEpercentage  
/METHOD=ENTER Dummy Dummy2 Dummy3 Dummy4 Dummy5 Dummy6 Dummy7 Dummy8 Dummy9.
```

REGRESSION

```
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT MATEpercentage  
/METHOD=ENTER Dummy Dummy2 Dummy3 Dummy4 Dummy5 Dummy6 Dummy7 Dummy8 Dummy9 Leeftijd Geslacht.
```

Appendix B: Interviewschema behandelaren

Hallo,

Fijn dat u tijd voor ons heeft kunnen maken en bereid bent om met ons in gesprek te gaan over het uitvoeren van de ROM door middel van de MATE.

Wij zijn Fleur Korving en Maaïke van Veluwen, beiden studeren we Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Wij zijn op dit moment bezig met onze bacheloropdracht bij Tactus en zitten zodoende in onze afstudeerfase.

Wij doen onderzoek naar de ervaringen van de betrokken personen met de ROM en de MATE. Het doel hiervan is knelpunten rondom het proces van de ROM-afname vanuit een breed perspectief te identificeren. Deze kennis gebruiken wij om een gericht advies uit te kunnen brengen over de ROM-afname. Wij hopen dat het onderzoek in de toekomst bijdraagt aan een beter verloop van de ROM-afname.

Wij zijn daarom erg geïnteresseerd in uw mening en perspectief rondom de uitvoering van de ROM. Het interview zal voornamelijk bestaan uit open vragen. We zullen met u een aantal thema's bespreken, onder andere het doel van de ROM, de inhoud van de ROM en het afnemen van de ROM.

Het interview zal ongeveer drie kwartier duren.

Uw deelname aan het interview is vrijwillig en vertrouwelijk, dit betekent dat informatie die u ons vertelt nooit zonder uw toestemming verstrekt wordt aan derden. U bent niet verplicht om te beantwoorden en u mag op elk moment het interview beëindigen als u dat wilt.

Hebben wij uw toestemming om het interview op te nemen, zodat wij dit later makkelijk kunnen verwerken?

Dan start ik straks de opname en vraag ik nogmaals om toestemming om dit gesprek op te nemen. Dat doe ik omdat ik de toestemming voor het opnemen graag ook zou willen vastleggen.

Heeft u nog vragen of opmerkingen ten aanzien van de introductie?

Openingsvraag:

Zou u kort iets over uzelf en uw werkzaamheden binnen Tactus kunnen vertellen?

Tijdens het gehele interview:

- Als probleem wordt genoemd, vragen of dit knelpunt is
- Als er knelpunten worden genoemd, doorvragen naar verbetermogelijkheden
- Voor wie of voor welke discipline heeft dat volgens de respondent consequenties

Vorbereiding

Vraag: welke voorbereiding is nodig voor de ROM-afname?

Topics:

- Tijd voorbereiding LVB
- Aanpassingen LVB
- Betrokkenheid andere professionals

Meerwaarde ROM:

Vraag: Kunt u vertellen wat de meerwaarde is van de ROM?

De ROM heeft een aantal doelen:

- 1) Terugkoppeling van resultaten aan de cliënt en verbetering van de kwaliteit van de zorg,
- 2) de zorg kan aan de hand van de ROM beter op de behoeften van de cliënt afgestemd worden en
- 3) onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling.

Topic

- Voor de LVB cliënten
- Kwaliteit van zorg
- Eigen werk
- Andere collega's

Afname ROM praktisch

Vraag: Hoe verloopt de afname van de ROM?

Topics:

- Moment van afname
- Verloop van vragen stellen
- Duur afname voor cliënt
- Tussentijds stoppen
- Duur afname voor professionals
- Rol van client
- Andere betrokken
- Invoeren van gegevens
- Werkinstructie
- Locatieafname

Afname inhoud van de MATE

Vraag:

Wat vindt u van de inhoud van de mate als u kijkt naar de doelstellingen van de ROM?

Geven de lijsten voldoende inzicht in de problematiek van LVB met verslaving?

Topics:

- Beperkingen
- Taalgebruik in vraagstelling
- Complexiteit voor LVB
- Beperkingen lijsten
- Doelstelling
- Scoring LVB
- Psychiatrische comorbiditeit en kwaliteit van leven

Verwerken resultaten

Vraag: Kunt u beschrijven hoe het proces na het afnemen van de ROM er voor u uitziet?

- Invoeren/ verwerken van gegevens

Gebruik van resultaten in praktijk

Vraag: wat doet u met de resultaten van de ROM?

Topics:

- Bespreken met cliënt
- Bespreken met betrokken professionals
- Gebruik resultaten in praktijk (aanpassen behandeling)

Wilt u zelf nog iets toevoegen wat niet besproken is?

Dan willen wij u heel erg bedanken voor uw tijd en de informatie die u ons gegeven heeft.

Mocht u nog even door willen praten, dan is daar altijd de gelegenheid toe.

Heeft u nog vragen?

Dan beëindig ik nu de opname.

Appendix C: Interviewschema niet-behandelaren

Hallo,

Fijn dat u tijd voor ons heeft kunnen maken en bereid bent om met ons in gesprek te gaan over het uitvoeren van de ROM door middel van de MATE.

Wij zijn Fleur Korving en Maaïke van Veluwen, beiden studeren we Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Wij zijn op dit moment bezig met onze bacheloropdracht bij Tactus en zitten zodoende in onze afstudeerfase.

Wij doen onderzoek naar de ervaringen van de betrokken personen met de ROM en de MATE. Het doel hiervan is knelpunten rondom het proces van de ROM afname vanuit een breed perspectief te identificeren. Deze kennis gebruiken wij om een gericht advies uit te kunnen brengen over de ROM-afname. Wij hopen dat het onderzoek in de toekomst bijdraagt aan een beter verloop van de ROM-afname.

Wij zijn daarom erg geïnteresseerd in uw mening en perspectief rondom de uitvoering van de ROM. Het interview zal voornamelijk bestaan uit open vragen. We zullen met u een aantal thema's bespreken, onder andere het doel van de ROM, de inhoud van de ROM en het afnemen van de ROM.

Het interview zal ongeveer drie kwartier duren.

Uw deelname aan het interview is vrijwillig en vertrouwelijk, dit betekent dat informatie die u ons vertelt nooit zonder uw toestemming verstrekt wordt aan derden. U bent niet verplicht om te beantwoorden en u mag op elk moment het interview beëindigen als u dat wilt.

Hebben wij uw toestemming om het interview op te nemen, zodat wij dit later makkelijk kunnen verwerken?

Dan start ik straks de opname en vraag ik nogmaals om toestemming om dit gesprek op te nemen. Dat doe ik omdat ik de toestemming voor het opnemen graag ook zou willen vastleggen.

Heeft u nog vragen of opmerkingen ten aanzien van de introductie?

Openingsvraag:

Zou u kort iets over uzelf en uw werkzaamheden binnen Tactus kunnen vertellen?

Wat zijn uw omtrent de ROM?

Tijdens het gehele interview:

- Als probleem wordt genoemd, vragen of dit knelpunt is
- Als er knelpunten worden genoemd, doorvragen naar verbetermogelijkheden
- Voor wie of voor welke discipline heeft dat volgens de respondent consequenties

Meerwaarde ROM:

Vraag: Kunt u vertellen wat de meerwaarde is van de ROM?

De ROM heeft een aantal doelen:

- 1) Terugkoppeling van resultaten aan de cliënt en verbetering van de kwaliteit van de zorg,
- 2) de zorg kan aan de hand van de ROM beter op de behoeften van de cliënt afgestemd worden en
- 3) onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling.

Topic

- Voor de LVB cliënten
- Kwaliteit van zorg
- Eigen werk
- Andere collega's

Taken als manager

- Wat zijn uw taken omtrent het verantwoorden van de ROM-percentages naar de zorgsubsidie/zorgverzekeraars?
- Voelt u druk om aan het ROM-percentage te voldoen?
- U heeft als taak om te controleren of de ROM wordt uitgevoerd, hoe doet u dit?
- Resultaten bekijken?
- Hoe vinden de behandelaars het als u het ROMmen met ze bespreekt?
- Wordt soms als moe te zien, hoe ervaart u dat?

Voorbereiding

Vraag: welke voorbereiding is nodig voor de ROM-afname?

Topics:

- Betrokkenheid andere professionals

Afname inhoud van de MATE

Vraag:

Wat vindt u van de inhoud van de mate als u kijkt naar de doelstellingen van de ROM?

Geven de lijsten voldoende inzicht in de problematiek van LVB met verslaving?

Topics:

- Beperkingen
- Taalgebruik in vraagstelling
- Complexiteit voor LVB
- Beperkingen lijsten
- Doelstelling
- Scoring LVB
- Psychiatrische comorbiditeit en kwaliteit van leven

Verwerken resultaten

Vraag: Kunt u beschrijven hoe het proces na het afnemen van de ROM er voor u uitziet?

- Invoeren/ verwerken van gegevens

Gebruik van resultaten in praktijk

Vraag: wat doet u met de resultaten van de ROM?

Topics:

- Bekijken resultaten team
- Verantwoording naar Tactus
- Verantwoording naar gemeente
- Bespreken met betrokken professionals
- Gebruik resultaten in praktijk (aanpassen behandeling)

Wilt u zelf nog iets toevoegen wat niet besproken is?

Dan willen wij u heel erg bedanken voor uw tijd en de informatie die u ons gegeven heeft.

Mocht u nog even door willen praten, dan is daar altijd de gelegenheid toe.

Heeft u nog vragen?

Dan beëindig ik nu de opname.

Appendix D: Uitkomsten univariate en multivariate testen

Tabel 1: Beschrijvende statistieken MATE-percentage per geslacht

	Geslacht	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error mean
MATE-percentage	man (1)	230	40,2	46,65	3,08
	vrouw (2)	53	34,3	43,46	5,97

Tabel 2: Independent Samples test geslacht

	t	df	Sig.	Mean Difference	Std. Error	95% confidence-interval	
						Difference	Lower
MATE-percentage	0,840	281	0,40	5,90	7,02	-7,92	19,72

Tabel 3: Model summary regressie-analyse leeftijd

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	9915,985	1	9915,985	4,738	0,030
Residual	588068,883	281	2092,772		
Total	597984,869	282			

Tabel 4: ANOVA regressie-analyse leeftijd

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	59,447	9,725		6,113	0,000
Leeftijd	-0,527	0,242	-0,129	-2,177	0,030

Tabel 5: Coefficients regressie-analyse leeftijd

	R	R ²	Adjusted R ²	Std. Error Mean
Leeftijd	0,129	0,017	0,013	45,75

Tabel 6: Model summary regressie-analyse behandelteam

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	20677,619	8	2584,702	1,227	0,283
Residual	577307,250	274	2106,961		
Total	597984,869	282			

Tabel 7: ANOVA regressie-analyse behandelteam

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	41,816	5,038		8,299	0,000
Zutphen Ambulant Pien Heinstraat	-11,548	7,741	-0,103	-1,492	0,137
Achterhoek	2,086	9,160	0,015	0,228	0,820
Almelo Cure	-19,654	9,901	-0,130	-1,985	0,048
Deventer Cure	5,473	10,170	0,035	0,538	0,591
Zwolle 2 Ambulant	9,681	11,007	0,056	0,879	0,380
Noordwest Veluwe	2,392	14,176	0,010	0,169	0,866
Apeldoorn Cure	0,867	18,066	0,003	0,048	0,962
Ripperda	6,964	19,405	0,022	0,359	0,720

Tabel 8: Coefficients regressie-analyse behandelteam

	R	R ²	Adjusted R ²	Std. Error Mean
Team	0,186	0,035	0,006	45,90

Tabel 9: Model summary multipele regressie-analyse

	R	R ²	Adjusted R ²	Std. Error Mean
Leeftijd	0,230	0,053	0,018	45,628

Tabel 10: ANOVA multipele regressie-analyse

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	31714,82	10	3171,48	1,523	0,131
Residual	566270,05	271	2081,88		
Total	597984,87	282			

Tabel 11: Coefficients multipele regressie-analyse

Model	Unstandardized coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	69,546	13,506		5,149	0,000

Zutphen Ambulant Pien Heinstraat	-11,738	7,696	-0,105	-1,525	0,128
Achterhoek	0,169	9,145	0,001	0,018	0,985
Almelo Cure	-11,738	7,696	-0,105	-1,525	0,128
Deventer Cure	0,169	9,145	0,001	0,018	0,985
Zwolle 2 Ambulant	-21,464	9,938	-0,142	-2,160	0,032
Noordwest Veluwe	5,824	10,119	0,037	0,576	0,565
Apeldoorn Cure	7,548	10,983	0,044	0,687	0,493
Ripperda	0,460	14,129	0,002	0,033	0,974
Geslacht	-6,504	7,048	-0,055	-0,923	0,357
Leeftijd	-0,500	0,244	-0,122	-2,045	0,0