

Routine Outcome Monitoring in de bemoezing

Ervaringen in Tilburg met implementatie en
toepassing in de praktijk

Hanneke van Gestel

Diana Roeg

Esther Pallast

Daniëlle van Sambeek

Henk Garretsen

Colofon

Financiering

Dit project werd mogelijk gemaakt door



Projectleiding

Dr. D.P.K. Roeg

Tranzo, Tilburg University

Projectuitvoering

Drs. E. Pallast

Tranzo, Tilburg University

Dr. J.A.W.M. van Gestel-Timmermans

Tranzo, Tilburg University

Projectbegeleiding

Prof. dr. H.F.L. Garretsen

Tranzo, Tilburg University

In samenwerking met

Bemoeizorgteam Tilburg

Drs. D. van Sambeek

Bemoeizorgteam Tilburg



Team bemoeizorg
Tilburg

Dit rapport is te downloaden via: www.tilburguniversity.edu/tranzo/

Tranzo, Tilburg University

Warandelaan 2

Postbus 90153

5000 LE Tilburg

T: 013-4662969



Februari 2013 © Tranzo, Tilburg University

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervaelvoudigd en/of openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze (met uitzondering van korte citaten met referentie in artikelen en reviews), zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Inhoud

Samenvatting	4
H1 Inleiding	
1.1 ROM: wat is het en wat levert het op?	7
1.2 Waar wordt ROM toegepast?	7
1.3 De meerwaarde van ROM in de bemoeizorg.....	7
H2 Methode; implementatie doelen en evaluatie methoden	
2.1 Een pilot bij bemoeizorgteam Tilburg; implementatie doelen	9
2.2 Evaluatie en analyses	9
H3 Implementatieproces ROM bij bemoeizorgteam Tilburg	
3.1 Betrekken teamleden en motivatie van het team	11
3.2 Meetinstrumenten en ontwikkeling nieuwe ROM lijst voor de bemoeizorg	11
3.3 Data invoer en dataverwerkingssysteem.....	14
3.4 ROM training bemoeizorgteam.....	15
3.5 Borging; inpassing in het ritme van de dagelijkse praktijk.....	16
3.6 Belemmerende factoren	19
H4 Responsresultaten en resultaten vragenlijsten	
4.1 Respons op de ROM lijsten voor en na de implementatie activiteiten	20
4.2 Resultaten vragenlijsten: gebruik van ROM data door de hulpverleners op de werkvloer	20
H5 Discussie, aanbevelingen en besluit	
5.1 Discussie.....	23
5.2 Aanbevelingen.....	24
5.3 Besluit	25
Bijlage 1	27
Bijlage 2	41
Bijlage 3	59
Literatuur	63

Samenvatting

Inleiding

Routine Outcome Monitoring (ROM) is het gestructureerd verzamelen van data over de voortgang van de cliënt op bijvoorbeeld symptomatologie, de verschillende levensgebieden en kwaliteit van leven. In de praktijk betekent dit dat (tussentijdse) uitkomsten van de behandeling herhaald worden gemeten en geregistreerd. Deze informatie kan vervolgens teruggekoppeld worden naar zowel de cliënt, de behandelaar of het behandelteam, als naar managers en worden gebruikt om meer inzicht te krijgen in de uitkomsten en voortgang van reguliere behandelingen. Ook kan ROM gebruikt worden voor onderzoek en benchmarking.

ROM wordt in de reguliere zorgpraktijk van de GGz en verslavingszorg al veel gebruikt en sinds enige jaren verplicht gesteld vanuit de ABWZ. ROM wordt nog niet verplicht gesteld binnen de bemoeizorg (bemoeizorg valt niet onder de ABWZ), maar het is voor de bemoeizorg wel belangrijk om mee te gaan met de ontwikkelingen binnen de GGz en verslavingszorg. Bovendien kan door ROM de effectiviteit van de bemoeizorg verder onderbouwd worden. De aard van bemoeizorg (outreaching, ad hoc karakter, moeilijk bereikbare doelgroep die nog geen zorg ontvangt) maakt systematische monitoring echter lastig.

In een eerder onderzoek naar de effecten van bemoeizorg (Roeg et al., 2012) werd voor het eerst in Nederland gewerkt met ROM lijsten in de bemoeizorg. Na afloop van het onderzoek was een van de teamcoördinatoren enthousiast en gemotiveerd om verder te blijven werken met de ROM lijsten en meer te gaan doen met de ROM informatie. Om nader te onderzoeken hoe ROM binnen de bemoeizorg het beste geïmplementeerd kan worden en om het gebruik van de verzamelde gegevens door de hulpverleners te verbeteren, is in 2011 in Tilburg in samenwerking met het onderzoeksteam van de effectstudie een implementatieproject hiertoe gestart. Doel van het project was enerzijds om ROM te implementeren en te borgen in de bemoeizorg en anderzijds om het implementatieproces en de resultaten ervan te evalueren.

Methode

Op basis van de eerdere ervaringen van het team tijdens de effectstudie en de beschikbare literatuur werd een plan van aanpak opgesteld dat bestond uit vijf deelactiviteiten:

1. Stimuleren van de intrinsieke motivatie van het team in het werken met ROM
2. Ontwikkeling van geschikte ROM lijsten voor de bemoeizorg
3. Ontwikkeling van een data invoer en -verwerkingssysteem met gebruiksvriendelijke output.
4. Ondersteuning/ training in het gebruik van ROM bij de begeleiding van cliënten en inpassing in de dagelijkse praktijk.
5. Borging van ROM in de dagelijkse praktijk.

Om deze doelen te bereiken is een projectcoördinator aangesteld die het team ging begeleiden in het doorvoeren van de veranderingen. Het doel was om de organisatie en verantwoordelijkheid voor ROM bij het bemoeizorgteam te leggen, evenals de opslag van de informatie en het databeheer (bottom-up procedure gecombineerd met top-down procedure).

Bovengenoemde activiteiten zijn voor een procesevaluatie vastgelegd met behulp van een logboek en fieldnotes. Hierin werd bijgehouden hoe de activiteiten ten uitvoer werden gebracht, wat de belemmerende en bevorderende factoren waren en welke activiteiten tot een goed eind gebracht werden. Daarnaast zijn de resultaten van de implementatie-activiteiten gemeten; zowel het responspercentage (percentage cliënten waarvoor daadwerkelijk ROM lijsten werden ingevuld) als het gebruik van de data door de medewerkers op de werkvloer is gemeten.

Resultaten

Uit de procesevaluatie blijkt dat de ingezette activiteiten hebben bijgedragen aan de toepassing en borging van ROM op een aantal terreinen: de beoogde nieuwe ROM lijst is gerealiseerd en sloot door de gezamenlijke ontwikkeling beter dan bestaande lijsten aan bij de informatiebehoefte van het bemoeizorgteam, de beoogde verbetering van het dataverwerkingssysteem is behaald doordat de ROM lijsten konden worden geïntegreerd in het bestaande registratiesysteem en een web applicatie is gerealiseerd om de ROM scores grafisch weer te kunnen geven. Daarnaast is de geplande ondersteuning/training in praktijk gebracht door de projectcoördinator en teamleider die samen het implementatieproject ondersteunden en er is een training georganiseerd voor de teamleden om de meerwaarde van ROM te laten zien en te leren op welke manier ROM gegevens gebruikt kunnen worden. Voor wat betreft de borging is het resultaat dat het gebruik van ROM informatie is geïntegreerd in trajectplanbesprekingen en onderwerp is van het werkoverleg. Ook worden de ROM gegevens gebruikt voor het jaarverslag. Verder liet de procesevaluatie zien dat de bemoeizorgers tevreden waren over de inhoud van de vragenlijsten, maar ook over de mogelijkheid om deze in te voeren, de applicatie en het handboek.

Gedurende het project is de respons (het percentage cliënten waarvoor ROM lijsten werden ingevuld) gestegen. Het gebruik van de ROM informatie was en bleef echter slecht. Hoewel het management de ROM informatie gebruikte voor het jaarverslag, leken de teamleden minder enthousiast. De teamleden gaven aan dat de ROM instrumenten soms nuttige informatie opleverden, maar de gemiddelde scores op de meeste items lieten zien dat ze zelden gebruik maakten van ROM informatie tijdens hun werk en werd de ROM informatie zelfs nooit gebruikt voor de overdracht naar de reguliere zorg en ter vergelijking met normscores.

Discussie

Het hoge responspercentage op de ROM lijsten is bijzonder, daar het moeilijk is voor professionals om lijsten in te vullen voor cliënten die niet met regelmaat gezien worden. Voor de slechte resultaten ten aanzien van het gebruik van de ROM informatie zijn verschillende mogelijke verklaringen. Ten eerste was de applicatie, die grafische output mogelijk maakte, pas laat in het project beschikbaar. Daardoor hebben de teamleden maar korte tijd (vier maanden) de mogelijkheid gehad om hier mee te werken tijdens het project. Deze periode is waarschijnlijk te kort geweest om het gebruik van ROM informatie aan het eind van het project te kunnen verbeteren. Ten tweede zijn twee trainingssessies mogelijk onvoldoende geweest om het ROM gebruik te verbeteren, daar scholing in het gebruik van ROM een permanent karakter moet hebben en het tijd kost om ROM routinematig te gaan gebruiken. Ten derde was er aan het eind van het project nog steeds ambivalentie ten aanzien van gebruik van ROM informatie. Deze ambivalentie heeft mogelijk nadere aandacht nodig in trainingen. Tenslotte gebruikten de teamleden de ROM informatie hoofdzakelijk aan het begin van het traject en in mindere mate voor evaluatie en overdracht. Het doel van bemoeizorg is niet de situatie van de cliënt te verbeteren of de cliënt te behandelen, maar om de cliënt naar de juiste zorg te begeleiden. Dat maakt ROM in de bemoeizorg anders dan in de GGz of verslavingszorg; na drie maanden, bij de volgende meting, is nog niet zoveel verandering te verwachten. Verder zijn bemoeizorgers niet gewend om volgens richtlijnen te werken en moeten daar waarschijnlijk aan wennen.

Conclusie

Het implementatieproject was vooral een ontwikkeltraject, waarin de implementatie van ROM in de bemoeizorg is verkend. Er is veel tijd besteed aan de ontwikkeling van geschikte ROM lijsten, de integratie van ROM lijsten in het bestaande registratiesysteem en in de dagelijkse praktijk, en aan de ontwikkeling van een web applicatie. Hierin is het project goed geslaagd. Het invullen van de lijsten door hulpverleners verliep goed en verbeterde tijdens het project. Wat achterbleef was het gebruik maken door de teamleden zelf van de ROM informatie. Hierin valt nog veel te verbeteren.

Deze studie laat zien dat het veel tijd kost om professionals te motiveren en te trainen, en dat aandacht besteed moet worden aan regelmatige feedback naar professionals en de inbedding van ROM in de dagelijkse praktijk. Voor de toekomst is het noodzakelijk om het gebruik van ROM op de werkvloer verder te stimuleren. Het delen van kennis tussen teams onderling kan hierbij van toegevoegde waarde zijn. Tenslotte is het een aanbeveling om de nieuw ontwikkelde ROM lijst op relevantie en psychometrische eigenschappen te onderzoeken.

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 ROM: wat is het en wat levert het op?

Routine Outcome Monitoring (ROM) is het gestructureerd verzamelen en registreren van data over de voortgang van de cliënt op bijvoorbeeld symptomatologie, de verschillende levensgebieden en kwaliteit van leven. In de praktijk betekent dit dat (tussentijdse) uitkomsten van de behandeling herhaald worden gemeten en geregistreerd (De Beurs, 2011). Deze informatie kan vervolgens teruggekoppeld worden naar zowel de cliënt, de behandelaar of het behandelteam, als naar managers.

Door ROM informatie terug te koppelen naar de cliënt wordt de communicatie tussen cliënt en hulpverlener positief beïnvloed (Carlier, 2010). De cliënt krijgt daardoor namelijk meer inzicht en inbreng in de eigen behandeling en begeleiding en kan dan samen met de hulpverlener gerichte keuzes maken. De hulpverlener wordt zo een actief samenwerkingspartner. Dit laatste past ook binnen de huidige ontwikkelingen van de zorg en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, waarin een actievere rol en meer eigen regie van de cliënt wordt gevraagd. Bovendien is uit onderzoek gebleken dat ROM kostenbesparend kan zijn omdat het zou leiden tot vermindering van opnames (Slade, 2006) en dat de grootste reductie van symptomen optreedt als zowel de cliënt als de behandelaar worden geïnformeerd (Lambert, 2005).

Systematische monitoring heeft ook grote voordelen voor de kwaliteit (effectiviteit en professionaliteit) en transparantie van de zorg in het primaire proces. ROM blijkt effectief te zijn voor de diagnostiek (sneller en completer screenen) en behandeling (tijdiger bijstellen ervan; Carlier e.a., 2012). Er ontstaat namelijk meer inzicht in de uitkomsten en voortgang van reguliere behandelingen. Daardoor kunnen huidige successen en effecten zichtbaar worden gemaakt en ook verbeterplannen voor de zorg worden opgesteld.

Tenslotte kan ROM gebruikt worden voor onderzoek, bijvoorbeeld door de resultaten van verschillende instellingen met elkaar te vergelijken. Managers kunnen ROM resultaten gebruiken voor benchmarking. ROM is dus een onderdeel van de leercyclus binnen en tussen instellingen en hulpverleners (Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) Nederland, 2010; de Beurs, 2011).

1.2 Waar wordt het toegepast?

Om bovengenoemde redenen wordt ROM in de reguliere zorgpraktijk van de GGz en de verslavingszorg al veel gebruikt in Nederland en zelfs sinds enige jaren verplicht gesteld vanuit de AWBZ. Via het programma 'Resultaten scoren' van ZonMw zijn meerdere projecten voor ROM uitgezet binnen de verslavingszorg (Oudejans, 2012). Ook binnen de GGz wordt ROM bij vaak voorkomende en ernstige psychische aandoeningen toegepast. Tussen 2009 en 2012 is een landelijk en internationaal uniek project gestart 'ROM GGz' dat nu ook vervolgd wordt (GGz Nederland, 2010). Zowel landelijk als internationaal wordt over ROM binnen de GGz gepubliceerd. ROM in de specifieke sector van bemoeizorg is echter nog niet gebruikelijk in Nederland. Hier is dan ook heel weinig over bekend.

1.3 De meerwaarde van ROM in de bemoeizorg

Bemoeizorg valt niet onder de AWBZ en wordt over het algemeen gefinancierd door gemeenten, vanuit de WMO. Daardoor wordt ROM (nog) niet verplicht gesteld binnen de bemoeizorg. Het is voor de bemoeizorg echter wel belangrijk om mee te gaan met de ontwikkelingen binnen de GGz en verslavingszorg. Door implementatie van ROM in de bemoeizorg kan ook daar zowel de kwaliteit en transparantie van de zorg als de communicatie tussen hulpverlener en cliënt verbeteren. Bovendien kan de effectiviteit van de bemoeizorg door ROM verder onderbouwd worden. Er is in Nederland slechts één onderzoek naar de effecten van bemoeizorg (Roeg et al., 2012) bekend.

De aard van bemoeizorg (outreaching, ad hoc karakter, moeilijk bereikbare doelgroep die nog geen zorg ontvangt) maakt systematische monitoring lastig. Bemoeizorgteams bieden namelijk ongevraagd hulp aan mensen die in zorgwekkende leefomstandigheden zijn gekomen en niet voor hulp aankloppen bij zorginstellingen. Bemoeizorgers zoeken contact met deze mensen om uit te zoeken waar ze ondersteuning kunnen bieden. Het uiteindelijke doel van bemoeizorg is om cliënten voor te bereiden op een doorverwijzing naar reguliere voorzieningen voor verdere begeleiding en/of behandeling. Een bemoeizorgteam bestaat uit (gespecialiseerde) HBO verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en/of sociaal pedagogisch werkers en komt voort uit een samenwerkingsverband tussen ondermeer de GGD, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, gehandicaptenzorg, maatschappelijk werk en maatschappelijke opvang. In de eerder genoemde effectstudie (Roeg et al., 2012) werd voor het eerst in Nederland gewerkt met ROM lijsten. Deze lijsten werden voor elke cliënt structureel en op meerdere momenten in het zorgtraject ingevuld (voor, tijdens en na een bemoeizorgtraject). Cliënten werden ook opgevolgd een half jaar na doorverwijzing en vulden op dat moment opnieuw verschillende ROM lijsten in. Zo werden ervaringen opgedaan met ROM in de setting van bemoeizorg. In dit onderzoek bleek dat de respons bij de intake bij twee van de drie teams relatief goed was (61 % en 78 % op de hulpverlenerslijsten (HoNOS) en 45% en 63 % op de cliëntlijsten (Mansa)) en in het derde team wat minder goed (31% op de hulpverlenerslijsten en 8 % op de cliëntlijsten). Deze resultaten zijn positief, daar ROM nog niet gebruikelijk is in de bemoeizorg en de doelgroep moeilijk bereikbaar is en geen eigen hulpvraag heeft. Ter vergelijking: de Monitor Bevordering Implementatie ROM in de GGz (waarin door zelfrapportage van instellingen is nagegaan in hoeverre ze ROM'en) geeft eind 2010 aan dat het branchegemiddelde voor de eerste meting op 35 procent van de cliënten ligt (Hoofdstuk 1, Van Ham & Reitsma in: van Hees e.a., 2011). In de effectstudie (Roeg et al., 2012) werd met de ROM lijsten informatie over de cliënten verzameld die, behalve voor het onderzoek, volgens de teamcoördinator ook zeer bruikbaar was voor de bemoeizorgteams zelf. Om die reden werd er gebruik gemaakt van een systeem van dataregistratie waar zowel de onderzoekers als de teamleden en –coördinatoren toegang toe hadden. Ook kende het systeem een aantal opties voor terugkoppeling. De teamleden kregen training in het uitdraaien en interpreteren van de gegevens. Ondanks het feit dat de ROM lijsten relatief goed werden bijgehouden, maakten de teamleden in de praktijk zelf weinig gebruik van de mogelijkheid om de data in te zien. Wel werd er door team Tilburg jaarlijks gebruik gemaakt van de data voor de jaarverslagen. De analyses hiervoor werden echter gedaan door het onderzoeksteam.

Na afloop van het onderzoek was de teamcoördinator in Tilburg enthousiast en gemotiveerd om verder te blijven werken met de ROM lijsten. Ook wilde ze meer gaan doen met de informatie die de ROM lijsten opleverden. Om nader te onderzoeken hoe ROM binnen de bemoeizorg het beste geïmplementeerd kan worden en om het gebruik van de verzamelde gegevens door de hulpverleners (bijvoorbeeld bij het opstellen van een trajectplan of bij doorverwijzing) te verbeteren, is in 2011 in Tilburg in samenwerking met het onderzoeksteam van de effectstudie een implementatieproject hiertoe gestart. Doel van het project was enerzijds om ROM te implementeren en te borgen in de bemoeizorg en anderzijds om het implementatieproces en de resultaten ervan te evalueren. In Hoofdstuk 2 wordt het plan van aanpak beschreven van de pilot met ROM bij het bemoeizorgteam Tilburg, en vervolgens hoe het implementatieproces en de resultaten zijn geëvalueerd. In Hoofdstuk 3 wordt een beschrijving gegeven van het verloop van het implementatieproces en wat de belemmerende en bevorderende factoren waren bij de implementatie van ROM in de bemoeizorg. Hoofdstuk 4 beschrijft de responsresultaten en de resultaten van de vragenlijsten over het gebruik van ROM informatie in de praktijk. Tenslotte volgt in Hoofdstuk 5 de conclusie, discussie en aanbevelingen voor de praktijk.

Hoofdstuk 2: Methode: implementatiedoelen en evaluatiemethoden

2.1 Een pilot met ROM bij bemoeizorgteam Tilburg; implementatie doelen

In het implementatieproject werd een aantal activiteiten uitgezet om ROM te implementeren en te borgen. In het project werd gebruik gemaakt van aanbevelingen uit de actuele literatuur van de GGz. Zo is uit Australisch onderzoek gebleken dat goede elektronische rapportagesystemen het werken met ROM bevorderen en dat training en ondersteuning van hulpverleners noodzakelijk is om inzicht te krijgen in de betekenis van de gegevens en hoe men deze kan gebruiken (Callaly, 2006). Verder is een trekkersrol van de teamleider en intrinsieke motivatie van het team belangrijk (Trauer, 2009). Tenslotte is het belangrijk om te investeren in geschikte technologie om het gebruik van ROM gemakkelijker te maken voor behandelaars (Trauer, 2009); gegevens moeten bijvoorbeeld zo snel mogelijk 'teruggegeven' worden aan de professionals (Nugter & Buwalda, 2012). In het implementatieproject ging het om het realiseren van gebruiksvriendelijke output voor het team. Het team gaf verder zelf aan één van de ROM lijsten te willen vervangen door een lijst die meer toegesneden is op de cliëntenpopulatie van de bemoeizorg. Men vond de eerder gebruikte lijst voor de inventarisatie van de psychosociale en functionele problematiek (de HoNOS) onvoldoende aansluiten op de doelgroep. Op basis van deze ervaringen van het team tijdens de effectstudie en de beschikbare literatuur werd een plan van aanpak opgezet dat bestond uit vijf deelactiviteiten:

1. Stimuleren van de intrinsieke motivatie van het team in het werken met ROM
2. Ontwikkeling van geschikte ROM lijsten voor de bemoeizorg
3. Ontwikkeling van een data invoer en -verwerkingssysteem met gebruiksvriendelijke output.
4. Ondersteuning/ training in het gebruik van ROM bij de begeleiding van cliënten en inpassing in de dagelijkse praktijk. (De teamleden waren namelijk tijdens de effectstudie al voldoende getraind in het afnemen van vragenlijsten en het betrouwbaar scoren van de beoordelingsinstrumenten, zodat deze onderdelen niet aan de orde waren).
5. Borging van ROM in de dagelijkse praktijk.

Om deze doelen te bereiken is een projectcoördinator aangesteld die het team ging begeleiden in het doorvoeren van de veranderingen. Het doel was om de organisatie en verantwoordelijkheid voor ROM bij het bemoeizorgteam te leggen, evenals de opslag van de informatie en het databeheer. Door de verantwoordelijkheid bij het team te leggen werden zij gestimuleerd om actief mee te denken over de implementatie van ROM en de ondersteuning die ze hierbij nodig hadden. Het idee hierachter was dat daardoor meer draagvlak voor de implementatie zou ontstaan en de intrinsieke motivatie van het team werd gestimuleerd.

2.2 Evaluatie en analyses

Procesevaluatie

Om het bovenbeschreven proces van implementatie van ROM in de bemoeizorg te kunnen evalueren, zijn alle activiteiten en ontwikkelingen ten aanzien van de implementatie vastgelegd met behulp van een logboek en fieldnotes. Dat wil zeggen dat het hele proces (alle ontwikkelingen en veranderingen, overleggen en activiteiten) in dagboekvorm is bijgehouden door de projectcoördinator. Doel van de procesevaluatie was bij te houden *hoe de activiteiten ten uitvoer werden gebracht, wat de belemmerende en bevorderende factoren waren en welk van de activiteiten tot een goed eind gebracht werd*. Dit wordt beschreven in Hoofdstuk 3.

Resultaten implementatie-activiteiten

Daarnaast zijn de resultaten van de implementatie-activiteiten gemeten; zowel het responspercentage (het percentage of deel van de cliënten waarvoor daadwerkelijk ROM lijsten werden ingevuld, nadat zij een bemoeizorgtraject ingingen na aanmelding) als het gebruik van de data door de medewerkers op de werkvloer is gemeten. Hiervoor werden de volgende indicatoren gebruikt:

1. Het responspercentage is gemeten vóór aanvang van het project én na de invoer van de implementatie activiteiten.
2. Om het gebruik van de ROM data te kunnen meten, vulden teamleden een vragenlijst in. Deze vragenlijst ging over de mate waarin men vond dat de ROM data inzicht gaven in de situatie van de cliënt en de mate van bruikbaarheid van de ROM data, tot en met hoe en hoe vaak men de data gebruikte, bijvoorbeeld bij team-overleggen en doorverwijzingen (Bijlage 3). Dit deden zij aan het begin en aan het eind van het project. Deze vragenlijst is kwantitatief geanalyseerd. Van de gemiddelde scores per item zijn staafdiagrammen gemaakt en deze zijn geïnterpreteerd. Daarnaast is gekeken naar de verandering in scores per persoon.

De resultaten van de metingen worden beschreven in hoofdstuk 4.

Hoofdstuk 3: Implementatieproces ROM bij bemoeizorgteam Tilburg

Zoals in hoofdstuk 2 is vermeld is het verloop van het implementatieproces vastgelegd met als doel dit proces te kunnen evalueren. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de activiteiten ten uitvoer werden gebracht, of dit al dan niet succesvol verliep en wat de belemmerende en bevorderende factoren waren bij de implementatie van ROM in de bemoeizorg.

3.1. Betrekken teamleden en motivatie van het team

Zoals aangegeven werd geprobeerd het bemoeizorgteam vanaf het begin van het project actief bij het proces te betrekken, om een breed draagvlak te creëren voor de implementatie van ROM en om de intrinsieke motivatie van het team te vergroten. Implementatie van ROM heeft namelijk de meeste kans van slagen als een top-down procedure gecombineerd wordt met een bottom-up procedure (Buwalda, 2011). Voor de ontwikkeling van de nieuwe ROM lijst werd een werkgroep gevormd met een aantal teamleden, zodat de verandering samen met het team vorm kon krijgen. De overige ontwikkelingen werden geïnitieerd door de projectcoördinator, in continu overleg met het team. Op deze manier was het team medeontwikkelaar van de nieuwe ROM lijst, leverde zij input voor het systeem voor data invoer en –verwerking en dacht zij na over de inpassing van ROM en het nieuwe data invoersysteem in het dagelijks ritme. Er was bijvoorbeeld uitgebreid overleg met het team over de momenten van afname van de ROM lijsten. Eén teamlid fungeerde als ROM aanspreekpunt en had als taak problemen te signaleren ten aanzien van het invullen van de ROM lijsten. Verder kreeg het team een training aangeboden met als doel het nut van ROM duidelijk te maken, beter te kunnen werken met de data en de grafische output beter te kunnen interpreteren. Samen met het team en de teamleider werd besloten om de implementatie van ROM en de ingevoerde veranderingen een vast onderdeel van het teamoverleg te laten zijn, om de inpassing in de praktijk te bespreken en te bevorderen. Daardoor werd in het overleg duidelijk in hoeverre de lijsten werden ingevuld en de ROM informatie werd gebruikt.

3.2. Meetinstrumenten en ontwikkeling nieuwe ROM lijst voor de bemoeizorg

In de effectstudie (Roeg et al., 2012) was de keuze voor de instrumenten zoveel mogelijk gebaseerd op de Kernset Prestatie indicatoren (Stuurgroep Zichtbare Zorg GGz/Verslavingszorg, 2012). Deze Kernset Prestatie indicatoren is opgesteld door de overheid voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Hierin staan indicatoren (meetinstrumenten) die voldoende bruikbaar zijn en voldoende zeggingskracht hebben om resultaten en kwaliteit van de zorg meetbaar en inzichtelijk te maken. Op deze manier kunnen zorginstellingen verantwoording afleggen over de geleverde zorgkwaliteit. Door in de bemoeizorg op dit instrumentarium aan te sluiten kunnen resultaten landelijk vergeleken worden. Bovendien is het niet ondenkbaar dat ook bemoeizorg in de toekomst volgens dit instrumentarium zal moeten gaan werken. In de effectstudie werden van deze Kernset Prestatie indicatoren de Mansa, de GGz Thermometer¹ en de HoNOS gebruikt. Daarnaast werd de Engagement Measure gebruikt, een instrument dat in de UK speciaal ontwikkeld is voor de bemoeizorg en de binding met de hulpverlening meet en of een cliënt openstaat voor begeleiding. Tenslotte werden in de effectstudie nog rond drie thema's een aantal aanvullende items speciaal ontwikkeld voor de bemoeizorg betreffende: zorggebruik tijdens bemoeizorg, beëindigen bemoeizorg en een follow-up meting. De Mansa en GGz Thermometer zijn lijsten die door de cliënt worden ingevuld. De overige lijsten/items worden door de hulpverlener ingevuld. Aan het begin

¹Er is een nieuwere versie van de thermometer. Er is hier gekozen voor deze voorlaatste versie omdat deze gevalideerd is.

van het implementatieproject werd met het team besloten deze ROM lijsten, met uitzondering van de HoNOS, ook in het implementatieproject te gebruiken op basis van hun toepasbaarheid en gebruiksvriendelijkheid. Hieronder volgt een overzicht en toelichting op deze instrumenten (zie verder ook Bijlage 1). Verder wordt beschreven op basis van de fieldnotes hoe de *Levensgebiedenlijst Bemoeizorg* is ontwikkeld en hoe de items rondom het *beëindigen van de bemoeizorg* zijn aangepast.

Cliëntlijsten

De *Eigen waardering van de kwaliteit van leven* (Mansa; Priebe, 1999; van Nieuwenhuizen, 2000) en *Tevredenheid bemoeizorg* (GGz Thermometer; Kertzman, 2003) zijn officiële in Nederland veelgebruikte ROM instrumenten in de GGz en verslavingszorgpraktijk. Het zijn vragenlijsten die door de cliënt worden ingevuld. De Mansa meet de kwaliteit van leven en de GGz Thermometer meet de tevredenheid met de bemoeizorg. Deze vragenlijsten zijn in de effectstudie geschikt gebleken voor de bemoeizorg (Roeg et al., 2012) en om die reden in de ROM opgenomen.

Hulpverlenerslijsten

De HoNOS (ernst problematiek; Wing, 1998)) is ook één van de lijsten uit de Kernset, en wordt door de hulpverlener ingevuld. Tijdens de effectstudie (Roeg et al., 2012) is gebleken dat de HoNOS als ROM instrument goed inzicht biedt in het verloop van de ernst van de problematiek van cliënten. Echter voor gebruik in de praktijk ten behoeve van de begeleiding van cliënten werd door de teamleden in de HoNOS een aantal onderwerpen gemist (onder andere de categorie financiën). Ook vond men de lijst te klinisch, dat wil zeggen: te veel gericht op behandeling of op hulpverleners. Om het gebruik van de gegevens van ROM door de teamleden in de bemoeizorg te verbeteren en te stimuleren, is een nieuwe ROM-lijst ontwikkeld die meer aansluit bij de informatiebehoefte van de teamleden, de zogenaamde *Levensgebiedenlijst Bemoeizorg* (LB; Tranzo en bemoeizorgteam Tilburg, 2011). De LB, waarvoor zowel de Toestandlijst POL (Henskens, 2007) als de HoNOS (Wing, 1998) als inspiratie hebben gediend, meet de ernst van de problematiek op vijf (levens)gebieden: psychische gezondheid (psychiatrie, verslaving, verstandelijke beperking), lichamelijke gezondheid, wonen, financiën en sociaal. Deze vijf levensgebieden werden ook door het team gebruikt in de trajectplannen. De lijst is minder gedetailleerd dan de Toestandlijst POL en de indeling in de verschillende gebieden maakt de lijst overzichtelijk. Alleen voor de categorie 'psychische gezondheid' wordt gevraagd om uit te splitsen om welk probleem het precies gaat.

De lijst *Contact en binding tijdens bemoeizorg* (Engagement Measure; Hall, 2001) is een gevalideerde lijst, die gaat over het nakomen van afspraken door de cliënt, de interactie tussen cliënt en hulpverlener, de communicatie/ openheid van de cliënt, het door de cliënt ervaren nut van de begeleiding en de medicatietrouw. Ook deze lijst is naar tevredenheid gebruikt in de effectstudie en daarom in de ROM opgenomen.

Daarnaast werden rond drie onderwerpen items bijgehouden die eerder waren ontwikkeld in de effectstudie (Roeg et al., 2012). De items over het *zorggebruik tijdens bemoeizorg* meten problemen met doorverwijzen naar reguliere voorzieningen. De reden van beëindigen van het bemoeizorg traject werd geregistreerd met behulp van de items onder *afsluitgegevens*. De definitieve items hieronder bestaan uit items uit de effectstudie, gecombineerd met de reeds door het team gehanteerde afsluitgegevens welke onderdeel waren van het door het team gehanteerde registratiesysteem: Regas (tevens het registratiesysteem van de maatschappelijke opvangpartner). Tenslotte zijn ook items tijdens een *follow-up* moment ingevuld om te bekijken of de cliënten na 6 maanden nog in zorg waren en zo nee, wat daar dan de reden voor was. In Tabel 1 staat nadere informatie over de gebruikte instrumenten.

Tabel 1: Gebruikte ROM lijsten in het implementatieproject

Instrument	Wat meet het	Auteurs	Inhoud
Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)	Eigen waardering kwaliteit van leven	Priebe, S. Huxley, P., Knight, S. & Evans, S. 1999 Nederlandse vertaling: van Nieuwenhuizen Ch. et al. 2000	16 items In te vullen door de cliënt Invultijd: 3-5 minuten
GGZ thermometer	Tevredenheid bemoeizorg	Kertzman, T., Kok, I. & van Wijngaarden, B. 2003	19 items In te vullen door de cliënt Invultijd: 10 minuten
Levensgebiedenlijst bemoeizorg	Ernst van de problematiek op verschillende leefgebieden	Ontwikkeld voor het implementatieproject (Tranzo en bemoeizorgteam Tilburg, 2011)	7 items In te vullen door een hiervoor getrainde hulpverlener Invultijd: 1-2 minuten
Engagement measure	Contact en binding tijdens bemoeizorg	Hall, M., Meaden, A., Smith, J. & Jones, C. 2001	11 items In te vullen door de hulpverlener Invultijd: 5 minuten
Aanvullende items over:			
Zorggebruik	Problemen met doorverwijzen naar reguliere zorg	Roeg, DPK Van de Goor, LAM Garretsen, HFL 2008	3 items In te vullen door de hulpverlener Invultijd: 1 minuut
Beeïndigen bemoeizorg	Reden van beëindigen bemoeizorgtraject	Roeg, DPK Van de Goor, LAM Garretsen, HFL 2008 & bemoeizorgteam	4 items In te vullen door hulpverlener Invultijd: 1 minuut
Follow-up	Is cliënt nog in zorg?	Roeg, DPK Van de Goor, LAM Garretsen, HFL 2008	3 items In te vullen door hulpverlener Invultijd: 1 minuut

3.3. Data invoer en dataverwerkingsysteem

In het effectonderzoek (Roeg et al., 2012) werd gewerkt met een web applicatie ('Questionnaire') voor de invoer en beheer van de ROM data. Deze applicatie was speciaal voor het onderzoek ontwikkeld op verzoek van de bemoeizorgteams vanwege hun voorkeur voor een digitaal invoersysteem. 'Questionnaire' is goed en flexibel toegankelijk via internet. Dit maakte het systeem voor alle teamleden goed werkbaar. Bemoeizorgers zijn veel onderweg. Door gebruik te maken van een web applicatie kon de data invoer vanaf elke gewenste werkplek met een individuele inlogcode gedaan worden. De applicatie kent tevens de mogelijkheid om data te transporteren naar het analyseprogramma SPSS, en om van de eigen cliënten zowel individuele als totaaloverzichten uit te draaien. Deze laatste mogelijkheid was speciaal ontwikkeld voor het onderzoeksproject ten behoeve van praktijkgebruik van de data door de teamleden en –coördinatoren. Ondanks deze mogelijkheid, bleef het gebruik van de data op de werkvloer zoals gezegd achter. Redenen hiervoor waren volgens de teamleden dat de gebruiksvriendelijkheid van de output en de bruikbaarheid van de ROM data te wensen overliet. De output bestond namelijk uit cijfermatige overzichten. Op basis van de literatuur ontstond het idee om een systeem te gaan gebruiken dat een gebruiksvriendelijker, grafische output kon leveren en om de teamleden te trainen in het gebruik hiervan. Door in deze output ook normscores op te nemen en het verloop op de verschillende uitkomstmaten zichtbaar te maken kan in een oogopslag helder worden hoe cliënten ervoor staan en hoe ze zich ontwikkelen door de tijd.

Er bestaat speciale ROM software: pakketten van commerciële aanbieders. Het gaat hierbij om de volgende applicaties: QuestManager (SynQuest), BergOp, NetQ ROM, Mind District en Request ROM XL. In eerste instantie werd geëxploreerd of een van deze pakketten in gebruik genomen kon worden. De aanschaf en de jaarlijkse licenties van deze programma's bleken voor het bemoeizorgteam niet financieerbaar. Een alternatief, namelijk aanhaken bij de licentie voor het pakket van de GGZ partnerorganisatie van het bemoeizorgteam (bemoeizorg is immers een samenwerkingsverband tussen GGZ, verslavingszorg, gehandicaptenzorg, GGD en maatschappelijke opvang) is tevens onderzocht, maar bleek eveneens (op korte termijn) niet realiseerbaar. Om die reden is er besloten om de opdracht uit te besteden aan een ICT bedrijf.

Het opnemen van de ROM lijsten in Regas was al eerder in het project in nauwe samenwerking met het team tot stand gekomen. Een van de teamleden (van de maatschappelijke opvang, waar het systeem Regas oorspronkelijk werd gebruikt en van over was genomen) werkte samen met de ICT beheerder van de maatschappelijke opvang hieraan en de projectcoördinator heeft dit begeleid. Hierna werd met het ICT bedrijf een voor het bemoeizorgteam op maat gemaakt systeem ontwikkeld, een web applicatie, die grafische output kon realiseren van deze data uit Regas. De bemoeizorgers konden inloggen op de website om de output te bekijken. Het voordeel hiervan was dat men de dagelijkse cliëntregistraties én de ROM in één geïntegreerd systeem kon invoeren en verwerken. Gelijktijdig met de invoer van de web applicatie, ontwikkelde de projectcoördinator een instructie (handboek) voor het gebruik van de nieuwe applicatie. Dit handboek bevat informatie over de vragenlijsten, een handleiding voor het gebruik van de applicatie, een werkinstructie en aanwijzingen voor het gebruik en interpretatie van de scores (Bijlage 2).

Het resultaat van bovengenoemde implementatie-activiteiten was dat de bemoeizorgers tevreden waren over de inhoud van de ROM lijsten, de mogelijkheid om de lijsten in Regas in te voeren en de web applicatie. Ook vonden ze het prettig dat er een handboek (instructie) was, zodat ze stapsgewijs met het programma konden werken. Door de trekkersrol van de teamleider en de projectcoördinator via het

teamoverleg bleef ook het gebruik van de ROM informatie op de werkvloer punt van aandacht. Desondanks bleef er weerstand bestaan binnen het team ten aanzien van het gebruik van ROM informatie.

3.4. ROM training bemoeizorgteam

De ROM training, die plaatsvond vóór de invoer van de nieuwe applicatie, had tot doel: (a) om de bemoeizorgers het nut van de ROM instrumenten beter te laten begrijpen en ervaren en het invullen van de lijsten te stimuleren. Dit betreft dus de motivatie en attitude van het team ten aanzien van het *invullen van de lijsten* (hierbij dient vermeld te worden dat de bemoeizorgers in de effectstudie al geleerd hadden hoe ze de instrumenten moesten invullen); (b) duidelijk te maken hoe de output gebruikt kan worden in de dagelijkse praktijk. Het team moest leren om de output te lezen en betekenis te geven aan de (verandering in) ROM scores; (c) om de bemoeizorgers te stimuleren deze output ook in de praktijk te gebruiken. Het gaat hier dus om de motivatie en attitude van het team ten aanzien van *het gebruik van ROM data*, en om het ingaan op weerstand van de teamleden.

In Australië zijn goede ervaringen opgedaan met een speciaal ROM team ('Quatro Vic') dat andere teams traint hoe verzamelde data ten goede kunnen komen aan behandeling en begeleiding van cliënten. Onderzoek liet zien dat een dergelijke training een positief effect heeft op de implementatie van ROM en het gebruik van ROM data (Trauer, 2009). Het bleek echter in Nederland niet eenvoudig te zijn om een dergelijk team of een trainer te vinden die het team zou kunnen begeleiden. Binnen de GGz en verslavingszorg waren nog geen officiële trainingen ontwikkeld om het gebruik van ROM data door teams te verbeteren. Wel is er binnen de GGz veel expertise opgedaan met de implementatie van ROM. Daarom zijn voorlopers met ROM in deze sectoren (in Nederland) benaderd met de vraag of zij een expert(team) beschikbaar hadden die de training zou kunnen verzorgen. Zo werden een aantal experts binnen GGz instellingen benaderd, onder andere programma-managers van afdelingen die al langere tijd met ROM werkten. Er bleek niemand te zijn die van zichzelf vond dat hij of zij over voldoende expertise beschikte om een training (of lezing of workshop) te verzorgen. Via verschillende contactpersonen zijn zelfstandige trainingsbedrijven hiervoor benaderd. Uiteindelijk was een expert op het gebied van implementatie van (F)ACT en ROM in Nederland bereid om de training te verzorgen.

De training bestond uit twee dagdelen. Het eerste dagdeel van de training had tot doel het nut van de ROM instrumenten beter te laten begrijpen, het invullen van de lijsten te stimuleren en om ROM informatie beter te leren gebruiken. Er werd aandacht besteed aan de motivatie en attitude van de teamleden ten aanzien van het gebruik van ROM informatie. De teamleden werden gestimuleerd om zelf na te denken over hoe ze ROM informatie zouden kunnen gebruiken en er werd geoefend met het gebruik van ROM informatie in de trajectplanbespreking aan de hand van een casus. Dit dagdeel is naar wens verlopen.

In het tweede dagdeel zou vooral aandacht worden besteed aan de grafische output en de betekenis van de verandering in ROM scores met betrekking tot de begeleiding van de cliënt. Tijdens deze training bleek dat de trainer de genoemde aspecten niet de nodige aandacht kon geven, omdat de motivatie en weerstand binnen het team nog veel aandacht nodig hadden. Ook vond de trainer zichzelf niet de aangewezen persoon om het deel met betrekking tot de grafische output en de ROM scores te instrueren. In overleg met de trainer heeft de projectcoördinator tijdens de training uitleg gegeven hoe de output gelezen en toegepast kan worden. De teamleden gaven achteraf aan dat, ook los van de training, de projectcoördinator een belangrijke rol hierin had. Ook waren ze van mening dat de projectcoördinator het tweede dagdeel van de training zelf had kunnen verzorgen.

3.5. Borging: inpassing in het ritme van de dagelijkse praktijk

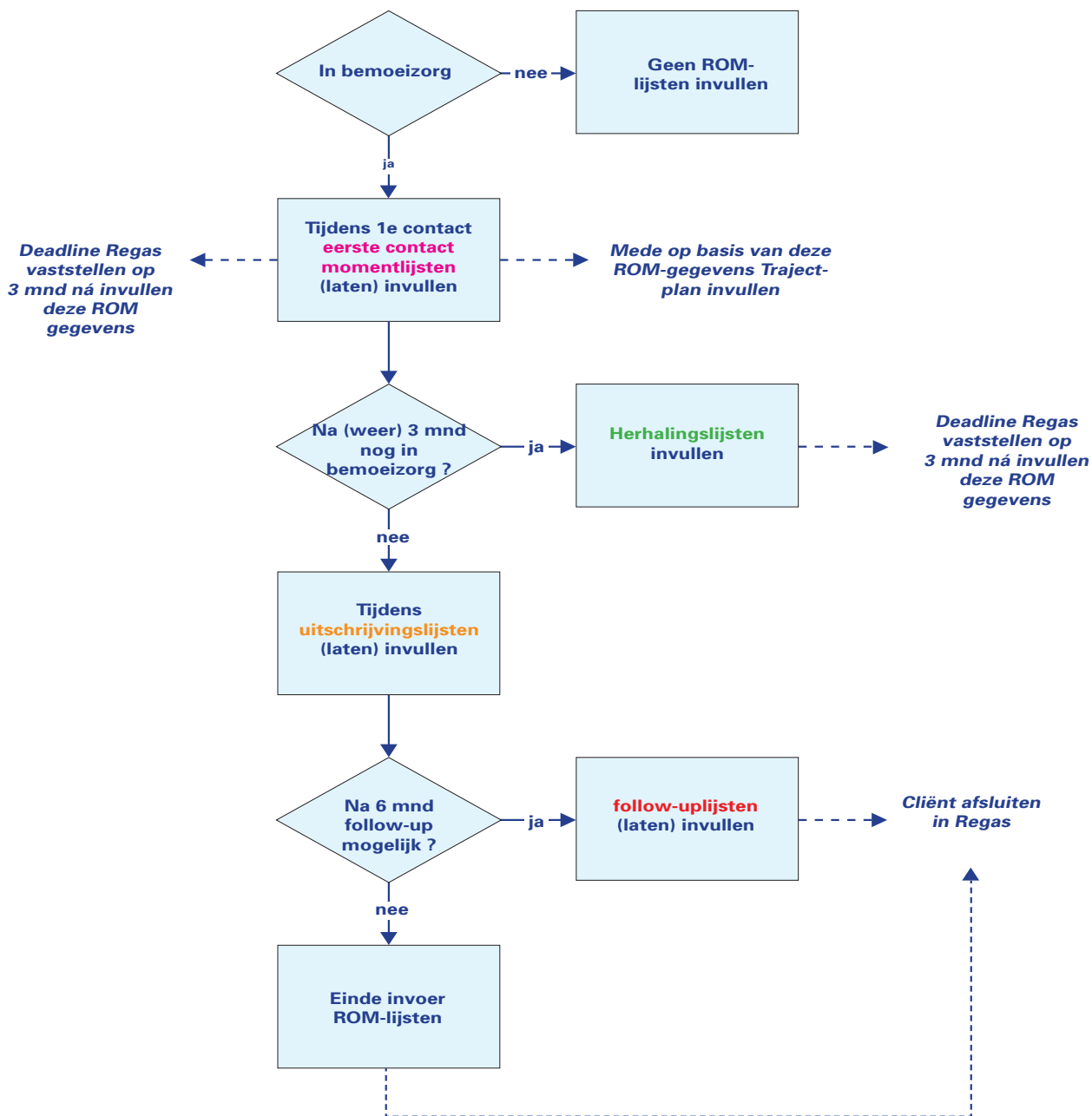
Invullen van de lijsten en moment van afname

In overleg met de bemoeizorgers was besloten om de ROM lijsten voor elke bemoeizorgcliënt in te vullen. Uitzonderingen op deze regel waren cliënten die geen traject ingingen (bijvoorbeeld wanneer de cliënt slechts eenmalig contact had met de bemoeizorger). Uitzonderingen werden in het teamoverleg besproken, om samen te kunnen bepalen of het invullen van de lijsten al dan niet noodzakelijk was. De cliënten vulden de cliëntlijsten op papier in en deze gegevens werden later door de bemoeizorger ingevoerd in het systeem; de overige ROM lijsten werden direct in het systeem ingevoerd.

Ook het moment van afname werd samen met het team bepaald. Het bemoeizorgteam werkt volgens een methodiek van casemanagement die Critical Time Intervention (CTI) wordt genoemd. Dit betekent dat de cliënt gedurende een beperkte periode samenwerkt met de bemoeizorger aan een sociaal en professioneel steunnetwerk. Na een aantal maanden, wanneer de client hier klaar voor is, wordt deze doorverwezen naar de reguliere hulpverlening in een warme overdracht. Dat wil zeggen dat alle betrokkenen informatie over de cliënt, die van belang is voor de reguliere hulpverlening, in een overdrachtsgesprek doorgeven aan de hulpverlener. Het moment van afname van de vragenlijsten werd gekoppeld aan de CTI-fasen. De eerste ROM lijsten werden zo snel mogelijk (uiterlijk binnen enkele weken) na het eerste contact ingevuld. De eerste lijsten werden door twee hulpverleners gezamenlijk ingevuld. Mede op basis van informatie uit deze lijsten startte de eerste fase van CTI (start trajectplan), zodra de cliënt zijn doelen had geformuleerd. Daarna werden om de drie maanden de volgende ROM lijsten ingevuld (vlak vóór elke trajectplanbespreking; zie Tabel 2). Daardoor was het mogelijk de ROM gegevens structureel te gebruiken in de trajectplanbespreking van de cliënten. Het moment van afname van enkele lijsten was om die reden anders dan in de effectstudie (Roeg et al., 2012). Dit leverde onderstaande werk-instructie op voor het invullen van de lijsten (zie Figuur 1).

In tabel 2 staan de momenten in het traject vermeld waarop de verschillende lijsten werden afgenomen.

Figuur 1: Werkinstructie invullen ROM lijsten



Tabel 2: Moment van afname ROM-lijsten

ROM Lijsten/ Items	Eerste contact- moment	Herhaling elke 3 mnd	Uitschrijving	Follow-up na 6 mnd
Bemoeizorger				
Levensgebieden	x	x	x	x
Contact en binding		x	x	
Zorggebruik		x	x	
Afsluitgegevens			x	
Follow-up vragen				x
Clïent				
Kwaliteit van leven	x	x	x	x
Klanttevredenheid			x	

Koppeling ROM aan trajectplanbespreking en dagelijkse praktijk

Met de teamleden was afgesproken om de eerste ROM herhalingslijsten in te vullen vlak vóór de eerste trajectplanbespreking die in teamverband plaatsvindt (drie maanden na het eerste contactmoment met de cliënt). De ROM gegevens werden dan ook meegenomen in deze bespreking. De volgende meetmomenten werden steeds om de drie maanden gepland, vóór elke volgende trajectplanbespreking om ook hier de ROM gegevens te kunnen gebruiken.

Daarnaast kregen de bemoeizorgers informatie over overige mogelijkheden (buiten de trajectplanbespreking) om ROM gegevens in de praktijk te gebruiken, namelijk:

- Om te bepalen op welke leefgebieden de cliënt begeleid zal worden
- Om gedurende het traject de problematiek van de cliënt goed voor ogen te houden
- Om te bepalen of een cliënt vooruitgang heeft geboekt
- Om in gesprek te gaan met de cliënt
- Bij een overleg met een collega, waarin een cliënt besproken wordt
- Bij de overdracht naar de reguliere zorg

Zowel de teamleider als de projectcoördinator vervulden een trekkersrol. In het teamoverleg werd regelmatig aandacht besteed aan gebruik van ROM informatie. De projectcoördinator was regelmatig (ongeveer elke drie weken) aanwezig bij het teamoverleg. De aandachtspunten uit het teamoverleg betreffende het gebruik van ROM informatie werden door de projectcoördinator steeds via de mail schriftelijk teruggekoppeld naar alle leden van het team. Daardoor bleef het ROM gebruik punt van aandacht.

Het resultaat van deze implementatie-activiteiten was dat het invullen van de lijsten goed verliep. Ten aanzien van het gebruik van de ROM informatie door de teamleden was het resultaat minder goed (zie hoofdstuk 4).

Gebruik van ROM resultaten als management informatie

De ROM informatie werd tevens gebruikt voor het jaarverslag ten behoeve van verslaglegging en verantwoording. Terwijl in 2011 alleen nog werd gerapporteerd over de afloop van het bemoeizorgtraject, is de

intentie voor 2012 om daarnaast ook te rapporteren over de problematiek bij aanvang van de bemoeizorg (op basis van de Levensgebiedenlijst Bemoeizorg), de klanttevredenheid en de follow-up gegevens. Door informatie uit deze drie lijsten toe te voegen aan het jaarverslag ontstaat een specifiek beeld van de doelgroep.

3.6 Belemmerende factoren

Er was een aantal belemmerende factoren bij de implementatie van ROM. Ondanks de genomen maatregelen, was het lastig om de bemoeizorgers te overtuigen van het nut van het gebruik van de ROM informatie en om hun weerstand te overwinnen. Daarnaast duurde het langer dan gepland om een geschikte applicatie te vinden voor grafische output. Dit hing samen met de te hoge kosten van bestaande applicaties en de noodzaak om een eigen applicatie te ontwikkelen. Bovendien was het ontwikkelen van een dergelijke applicatie technisch ook ingewikkeld. Dit bleek onder andere uit het feit dat het ICT bedrijf zelf het benodigd aantal uren hiervoor behoorlijk onderschat had. Het gevolg hiervan was dat er minder tijd was dan gepland tussen het moment dat de grafische weergave beschikbaar was en de nameting ten aanzien van het gebruik van de ROM informatie, namelijk slechts vier maanden. Wel konden de teamleden gedurende negen maanden de output in het registratiesysteem Regas lezen, maar dit waren cijfers en geen grafische output. Er was dus ook weinig tijd in het project om het gebruik van de grafische output te verbeteren. Daarnaast was het vinden van een expert voor de training lastiger dan aanvankelijk gedacht werd. Ondanks alle opgedane ervaringen binnen de GGz, bleken er geen experts te zijn die een ROM training konden verzorgen.

Hoofdstuk 4: Responsresultaten en resultaten vragenlijsten

Zoals in hoofdstuk 2 is vermeld, is de respons (het aantal cliënten waarvoor daadwerkelijk ROM lijsten werden ingevuld) vóór aanvang van het project vergeleken met de respons na invoer van de nieuwe activiteiten, en zijn er vragenlijsten afgenomen over het gebruik van ROM informatie in de praktijk. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de resultaten van deze dataverzameling.

4.1 Respons op de ROM lijsten voor en na de implementatie activiteiten

In de aan dit project voorgaande effectstudie was de respons, dat wil zeggen: het aantal cliënten waarvoor ROM lijsten werd ingevuld door de hulpverleners, gemeten. De respons was toen 42,7%. Na de implementatie activiteiten van het huidige project is de respons opnieuw gemeten en deze bleek gestegen naar 53,7 %. Waar in de effectstudie (Roeg et al., 2012) een lid van het onderzoeksteam het bemoeizorgteam maandelijks bezocht en administratief ondersteunde in het invullen van de ROM lijsten en het bemoeizorgteam een financiële incentive ontving voor elke complete set ROM lijsten, lag tijdens het implementatieproject de verantwoordelijkheid hiervoor volledig bij het bemoeizorgteam zelf. Het invullen van de ROM lijsten is dus verbeterd, terwijl er geen externe controle meer was op en ondersteuning bij het invullen van de ROM lijsten. Er is dus sprake van een extra effect, immers als de respons gelijk was gebleven was er al sprake van verbetering, omdat deze op eigen kracht is behaald.

4.2 Resultaten vragenlijsten: gebruik van de ROM data door de hulpverleners op de werkvloer

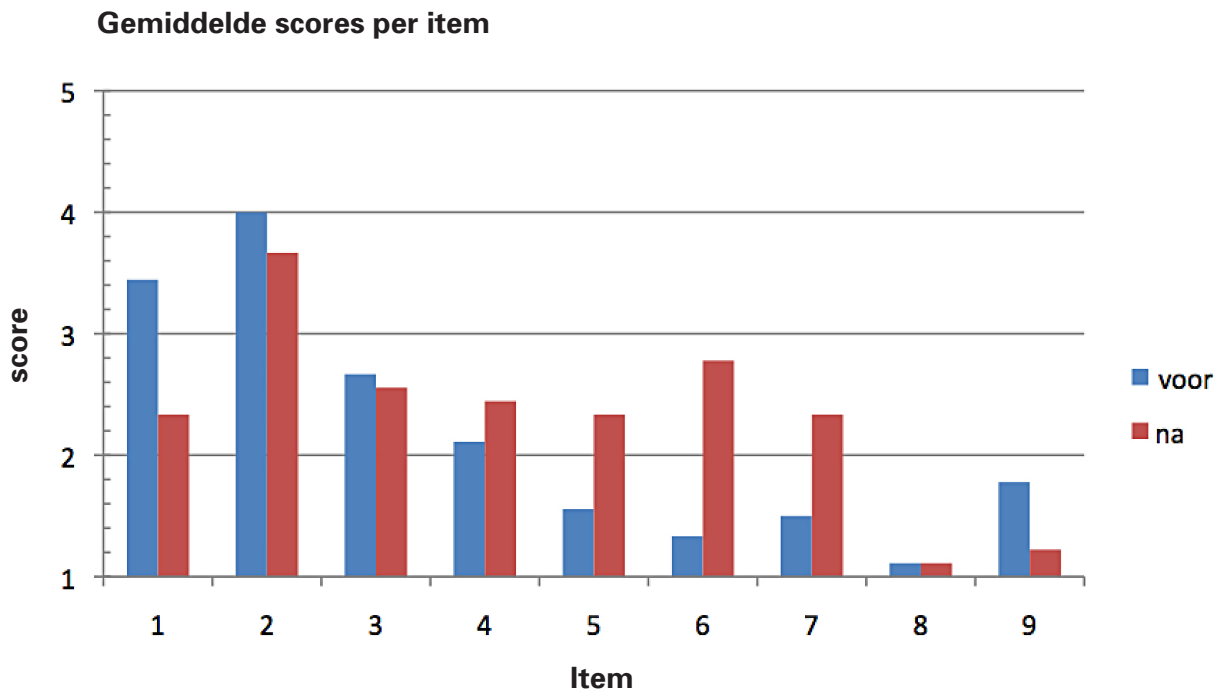
Gemiddelde scores per item

Uit de analyse van de vragenlijsten (Bijlage 3) bleek dat de hulpverleners bij aanvang van het project vinden dat de ROM lijsten *vaak* bruikbare informatie opleveren en dat ze *soms* zicht geven op de cliënt (item 1 en 2 van de vragenlijst). De ROM informatie werd *zelden* gebruikt voor de keuze van aan te pakken leefgebieden (item 3). Van alle items werd op deze drie items bij de eerste meting het hoogst gescoord. Bij de eindmeting bleven de scores voor item 2 en 3 ongeveer gelijk, maar de score op item 1 was gedaald: de hulpverleners waren bij de eindmeting van mening dat de ROM lijsten zelden zicht op de cliënt gaven (item 1; zie Figuur 2). In Tabel 3 is te zien dat de standaarddeviatie (dat wil zeggen de spreiding in scores) bij de voormeting groot is bij de items 1,3,4 en 9. Bij de nameting is de standaarddeviatie groot bij de items 1,3,6 en 7.

Bij de eindmeting was er vooral meer gebruik van ROM informatie bij gesprekken met collega's (item 6). Ook is het gebruik van ROM informatie gestegen: om tussentijds de problematiek in beeld te houden (item 5) en bij evaluatie van de vooruitgang (item 7) en er was iets meer gebruik van de ROM informatie bij gesprekken met de cliënt (item 4). Scores gingen gemiddeld omhoog van *nooit* naar *zelden*. Slechts 3 respondenten gaven bij de meeste aspecten (items) aan dat ze dit *soms* of *vaak* deden op T1.

De ROM informatie werd het minst gebruikt (zowel bij aanvang als bij de eindmeting) voor overdracht naar de reguliere zorg en ter vergelijking met normscores. Slechts één persoon gebruikte de informatie *soms* voor de overdracht naar de reguliere zorg op T1 en slechts één persoon vergeleek op T1 de scores *zelden* met normscores.

Figuur 2: Gemiddelde scores per item bij de voor- en nameting



Score: 1=nooit, 2=zelden, 3=soms, 4=vaak, 5=altijd.

Item:

- 1 hulpverlenerslijsten geven zicht op cliënt
- 2 cliëntlijsten leveren bruikbare informatie
- 3 gebruik info uit lijsten voor keuze aan te pakken leefgebieden
- 4 gebruik info uit lijsten voor gesprekken met cliënt
- 5 gebruik info uit lijsten om tussentijds problematiek in beeld te houden
- 6 gebruik info uit lijsten bij gesprek met collega
- 7 gebruik info uit lijsten om vooruitgang te evalueren
- 8 vergelijk scores met normscores
- 9 gebruik info uit lijsten bij overdracht naar reguliere zorg

Tabel 3: Gemiddelde score en standaarddeviatie (sd) per item bij de voor- en nameting

Item	Gemiddelde score voormeting per item (en sd)	Gemiddelde score nameting per item (en sd)
1	3,4 (1,1)	2,3 (1)
2	4 (0,7)	3,7 (0,7)
3	2,7 (1,1)	2,6 (1,2)
4	2,1 (1,1)	2,4 (0,9)
5	1,6 (0,7)	2,3 (0,9)
6	1,3 (0,5)	2,8 (1,2)
7	1,5 (0,6)	2,3 (1,2)
8	1,1 (0,3)	1,1 (0,3)
9	1,8 (1,3)	1,2 (0,7)

Veranderingen per persoon

Zoals te zien is in Tabel 4, is er bij vier van de negen personen een verbetering van het gebruik van de ROM data en bij drie personen een daling (aangegeven met pijlen in de tabel). Er kunnen geen uitspraken worden gedaan of deze veranderingen ook statistisch significant zijn, omdat de steekproef daarvoor te klein is. Bij de overige twee bemoeizorgers is het gebruik van de data stabiel gebleven. Bij de drie bemoeizorgers waarbij sprake was van een daling, betrof de daling vooral het gebruik van de ROM data om zicht te krijgen op de cliënt (item 1,3x), een keuze te maken voor aan te pakken leefgebieden (item 3, 2x), tussentijds de problematiek in beeld te houden (item 5, 1x) en ROM gebruik bij de overdracht naar de reguliere zorg (item 9,1x). Ook scoorde één bemoeizorgers lager op item 2: bij de nameting vond de bemoeizorgers in mindere mate dat de ROM lijsten bruikbare informatie opleverden. De personen die verbetering lieten zien in het gebruik van de ROM data, scoorden na de implementatieactiviteiten in dit project allemaal beter op de items 5,6 en 7, wat aangeeft dat ze ROM informatie vaker gebruikten om tussentijds de problematiek in beeld te houden, bij gesprekken met collega's en om de vooruitgang van de cliënt te evalueren. Één van hen scoorde beter op item 3 (en gebruikte de ROM informatie dus vaker voor de keuze van aan te pakken leefgebieden) en twee scoorden beter op item 4 (en gebruikten de ROM informatie dus meer voor gesprekken met de cliënt).

Tabel 4: Totaalscores per teamlid op de vragenlijst gebruik ROM in de praktijk

Respondent	Totaalscore voormeting	Totaalscore nameting
1	12	13 ↑
2	14	13 ↓
3	26	29 ↑
4	17	20 ↑
5	20	19 ↓
6	14	24 ↑
7	27,5	24 ↓
8	21	21
9	24	24

Hoofdstuk 5: discussie, aanbevelingen en besluit

5.1 Discussie

In dit project is ROM geïmplementeerd in de bemoezorg. In samenwerking met het team is het volgende bereikt: ROM is geïntegreerd in het bestaande registratiesysteem, een nieuwe ROM lijst is ontwikkeld om zicht te krijgen op de ernst van de problematiek op verschillende levensgebieden en er is een web applicatie ontwikkeld om de ROM scores grafisch weer te kunnen geven. De teamleden hebben een training gevolgd om de meerwaarde van ROM te leren begrijpen en om te leren op welke manier ROM gegevens gebruikt kunnen worden. Verder is bereikt dat het gebruik van ROM informatie is geïntegreerd in trajectplanbesprekingen en standaard onderwerp van het werkoverleg is. Ook worden de ROM gegevens gebruikt voor het jaarverslag. Gedurende het project is de respons (het percentage cliënten waarvoor ROM lijsten werden ingevuld) gestegen. De bemoezorgers waren tevreden over de inhoud van de vragenlijsten, de mogelijkheid om deze in te voeren, de applicatie en het handboek. Omdat de applicatie, die grafische output mogelijk maakte, pas laat in het project beschikbaar was, hebben de teamleden maar korte tijd de mogelijkheid gehad om hier mee te werken tijdens het project. De resultaten ten aanzien van het gebruik van de ROM gegevens waren negatief. Na het project, bij de eindmeting waren de teamleden van mening dat de ROM lijsten soms bruikbare informatie opleverden, dat de lijsten zelden zicht gaven op de cliënt en ze gebruikten de ROM informatie ook zelden bij het bepalen van de levensgebieden waarmee ze aan de slag gingen met de cliënt. De informatie werd ook zelden gebruikt voor gesprekken met de cliënt, met collega's, om de vooruitgang van de cliënt te evalueren en om de problematiek van de cliënt in beeld te houden. Op deze laatste aspecten was echter wel wat vooruitgang tijdens het project. Tenslotte werd de ROM informatie vrijwel nooit gebruikt voor overdracht naar de reguliere zorg en ter vergelijking met norm-scores.

Motivatie team. Vier van de negen bemoezorgers scoorden beter op het gebruik van de ROM informatie. Hier spelen attitude van de teamleden en draagvlak voor de implementatie een rol. Binnen het team was sprake van enige weerstand. Vaak heeft weerstand niet te maken met onwil, maar met het feit dat mensen zich onzeker voelen (Buwalda, 2011). Daarom was het van belang om in de training stil te staan bij de onwennigheid en weerstand die professionals ervaren bij het gebruik van de ROM informatie (Buwalda, 2011). Hoewel voorafgaand aan de training deze weerstand uitvoerig is besproken, bleek tijdens de training dat de weerstand nog steeds veel aandacht nodig had. Ondanks alle maatregelen, zoals het betrekken van het team bij de veranderingen, rekening te houden met hun wensen en behoeften, en het routinematig gebruik van ROM gegevens bij trajectplanbesprekingen, bleef er toch weerstand bestaan. Mogelijk speelt de korte looptijd van het project hierbij ook een rol (zie *nieuwe applicatie met grafische output*).

Verbeteren geschiktheid ROM lijsten. De teamleden waren tevreden over de lijsten. Bij de eindmeting van de respons bleek dat de ROM lijsten vaker werden ingevuld dan bij aanvang van het traject. Zoals eerder gezegd was de respons hoog; 53,7 % tegen 35 % in de GGz. Dat is bijzonder, omdat het moeilijk is om vragenlijsten in te vullen over cliënten die niet met regelmaat gezien worden, zoals bij de doelgroep van de bemoezorg (Meehan, 2006).

Nieuwe applicatie met grafische output. Er werd nauwelijks gebruik gemaakt van de ROM informatie. Een verklaring voor het lage gebruik van de ROM informatie zou kunnen zijn dat de software applicatie tijdens het implementatieproces (door)ontwikkeld werd. Het is nadelig om eigen ICT te ontwikkelen tijdens een implementatieproces, omdat de logistiek van het zorgproces nog niet op

orde is wanneer de applicatie is ontwikkeld (Hoofdstuk 1, Van Ham & Reitsma in: Van Hees, 2011). De integratie van de applicatie in het zorgproces komt daarna immers pas op gang. Uit de literatuur is bekend dat ‘behandelaars’ voldoende tijd moeten krijgen om nieuwe technologie te ontdekken (Rosen en Weil, 1996). In het implementatieproject was hiervoor onvoldoende tijd, omdat de web applicatie pas ontwikkeld was 4 maanden vóór het eind van het project. Echter, onderzoek binnen de GGz heeft eveneens uitgewezen dat een minderheid van de professionals meetinstrumenten gebruikt om uitkomsten van behandelingen vast te stellen (Buwalda, 2011; Meehan, 2006; Trauer, 2009). Verder is uit onderzoek bekend dat het lang duurt (een jaar of langer) voordat hulpverleners ROM routinematig gebruiken (Meehan, 2006). Tenslotte is bekend dat het gebruik van meetinstrumenten in het kader van behandelplannen (in dit geval trajectplannen) en evaluaties aparte aandacht verdient in de training van hulpverleners, omdat in de praktijk blijkt dat zij hier niet meteen handen en voeten aan kunnen geven (Buwalda, 2011). Ook permanente educatie over het werken met en het benutten van ROM blijkt noodzakelijk te zijn (Hoofdstuk 2, van Ham & Reitsma in: van Hees, 2011). Het valt dus aan te bevelen dat de twee trainingssessies in dit project een vervolg krijgen. Daarnaast is ook individuele hulp aan hulpverleners bij problemen met ROM gebruik belangrijk (Buwalda, 2011). In het implementatieproject was deze hulp wel aanwezig. Het was mogelijk om, al dan niet tijdens het teamoverleg, vragen te stellen over ROM aan de projectcoördinator.

Training. Tijdens het implementatieproject is gebleken dat er in de praktijk onvoldoende goede trainingen zijn. De ervaring binnen de GGz is dat het voordelen heeft om eigen medewerkers te scholen in het geven van trainingen, niet alleen omdat het goedkoper is en gemakkelijker te organiseren, maar ook omdat de training dan meer op maat kan worden gegeven (Buwalda, 2011). Dit heeft als nadeel dat deze trainingen op maat lastig uit te zetten zijn binnen andere sectoren, zoals de bemoezorg.

Borging; inpassing in de dagelijkse praktijk. De informatie uit de lijsten werd vooral bij aanvang van het bemoezorgtraject gebruikt, om zicht te krijgen op de problemen van de cliënt. Ze werd in mindere mate gebruikt voor evaluatie en overdracht. Er was vooral enige toename in gebruik bij gesprekken met collega’s, waarschijnlijk omdat de ROM informatie ook werd gebruikt bij de trajectplanbesprekingen in het team. Mogelijk is bij de aanvang van het traject de informatie voor de bemoezorger belangrijker dan later in het traject, omdat ROM zicht geeft op de cliënt en niet op de begeleiding. Het doel van bemoezorg is niet de situatie van de cliënt te verbeteren of de cliënt te behandelen, maar om de cliënt naar de juiste zorg te begeleiden. Dat maakt ROM in de bemoezorg anders dan in de GGz of verslavingszorg; na drie maanden, bij de volgende meting, is nog niet zoveel verandering te verwachten. Bovendien leren de bemoezorgers hun cliënt gedurende het traject beter kennen en zijn ze gewend vanuit hun gevoel te handelen en niet volgens kaders of richtlijnen. Dit zijn mogelijke redenen waarom bemoezorgers moeten leren om ROM informatie te gebruiken voor evaluatie van de voortgang. Verder zijn metingen op verschillende tijdstippen ook belangrijk voor managementdoeleinden.

5.2 Aanbevelingen

Op basis van de opinies van de teamleden ligt het niet voor de hand om ROM verder te stimuleren, maar er zijn andere redenen om dit in de toekomst wel te doen. De gegevens zijn namelijk niet alleen bruikbaar voor het management ter verbetering van de zorg, maar ook van belang om te kunnen voldoen aan de toenemende vraag naar maatschappelijke verantwoording van de zorgkosten. Op basis van de ervaringen in dit project en op basis van de literatuur zijn de volgende aanbevelingen tot stand gekomen die eraan kunnen bijdragen om teamleden nog meer mee te krijgen.

Intrinsieke motivatie team. Het kost veel tijd om ROM te implementeren (Meehan, 2006). Uit dit project blijkt dat er vooral voldoende tijd genomen dient te worden om teamleden te motiveren en hen te trainen in het gebruik van ROM lijsten en ROM informatie (Buwalda, 2011).

Verbeteren geschiktheid ROM lijsten. De ROM instrumenten die voor deze studie zijn ontwikkeld, dienen nader onderzocht te worden. Bij de selectie van instrumenten is niet alleen belangrijk wat relevant is om te weten, maar ook of dit betrouwbaar en valide gemeten kan worden (Buwalda, 2011). De lijsten die voor deze studie zijn ontwikkeld dienen dus op relevantie en psychometrische eigenschappen in een bredere setting te worden onderzocht.

Applicatie en grafische output. Uit onderzoek binnen de GGz in binnen- en buitenland is gebleken dat implementatie van ROM ruim een jaar duurt (Meehan, 2006) en dat er veel tijd genomen moet worden om teamleden te laten wennen aan de applicatie en aan het gebruik ervan (Hoofdstuk 1, Van Ham & Reitsma in: Van Hees, 2011; Rosen en Weil, 1996). Uit het hier uitgevoerde project blijkt dat dit ook van toepassing is op de bemoezorg.

Training. Mede op basis van de opgedane ervaringen in dit project, zou de training uit de volgende onderdelen moeten bestaan: aanleren van vaardigheden om vragenlijsten af te nemen, het inpassen van het invullen van vragenlijsten in de dagelijkse praktijk, bespreken van de onwennigheid en weerstand van professionals, betrouwbaar scoren van beoordelingsinstrumenten en het gebruik van de meetinstrumenten en ROM informatie in het kader van de trajectplannen en evaluaties (Buwalda, 2011).

Borging. Een vaste structuur en regelmatige feedback over het invullen van de ROM lijsten naar de hulpverleners of teams is belangrijk voor de borging (bijvoorbeeld door een overzicht te geven van het aantal start- en tussenmetingen dat is gedaan per instrument of hoeveel instrumenten er door behandelaars zijn ingevuld en hoeveel er nog openstaan; Buwalda, 2011; Hoofdstuk 2, van Ham & Reitsma in: van Hees, 2011). Op basis van deze studie zouden aanbevelingen zijn: om een teamlid aan te stellen dat het ROM gebruik stimuleert (zie ook Trauer, 2009), om de momenten van invullen van de ROM lijsten te koppelen aan het zorgproces en aan de werkwijze van het team en om evaluatie van gebruik van ROM data te koppelen aan het teamoverleg. Daarnaast zou permanente educatie bij kunnen dragen aan het gebruik van ROM informatie en kan het nuttig zijn om individuele hulp te bieden bij het gebruik van ROM (Meehan, 2006; van Hees, 2011; Buwalda, 2011).

Bij de verdere implementatie van ROM kan het delen van kennis en ervaringen over de grenzen van het eigen team een meerwaarde hebben, omdat er nog zeer weinig ervaring is opgedaan met ROM in de bemoezorg en er nog geen geschikte trainingen bestaan. Het is relevant voor de doorontwikkeling van ROM en voor een optimalere inbedding van ROM in de praktijk, om met andere bemoezorgteams ervaringen en ideeën uit te wisselen over ROM en dataverwerking. Dit geldt ook ten aanzien van (voor de bemoezorg betaalbare) ICT-toepassingen. Het doel is dan om van en met elkaar te leren.

5.3 Besluit

Het implementatieproject was vooral een ontwikkeltraject, waarin de implementatie van ROM in de bemoezorg is verkend en geëvalueerd. Er is veel tijd besteed aan de ontwikkeling van geschikte ROM lijsten, de integratie van ROM lijsten in het bestaande registratiesysteem en in de dagelijkse praktijk, en aan de ontwikkeling van een web applicatie. Het invullen van de lijsten door hulpverleners verliep goed en verbeterde tijdens het project, maar er werd onvoldoende gebruik gemaakt van de ROM informatie. Deze studie laat zien dat het veel tijd kost om professionals te motiveren en te trainen, en dat aandacht besteed moet worden aan regelmatige feedback naar professionals en de in-

bedding van ROM in de dagelijkse praktijk. Voor de toekomst is het noodzakelijk om voor verdere borging van ROM in de bemoëizorg het gebruik van ROM informatie te blijven stimuleren. Het delen van kennis tussen teams onderling kan hierbij van toegevoegde waarde zijn. Tenslotte is het nodig om de nieuw ontwikkelde ROM lijst op relevantie en psychometrische eigenschappen te onderzoeken.

Bijlage 1: ROM lijsten

Routine Outcome Measurement (ROM) **lijsten**

Inhoudsopgave

	Pagina
Hulpverlenerslijsten	
- Pol-B ²	30
- Contact en binding tijdens bemoeizorg	31
- Zorggebruik.....	32
- Afsluitgegevens*	33
- Follow-up	35
Cliëntlijsten	
- Kwaliteit van leven.....	36
- Klanttevredenheid.....	39

* Miv 1 januari 2012 zijn de Rom items rondom *Beëindiging bemoeizorg* geïntegreerd in de reeds bestaande lijst *Afsluitgegevens* vanwege overlap in beide lijsten

² Met de POL-B wordt verwezen naar de *Levensgebiedenlijst Bemoeizorg*

Problemen op Levensgebieden Bemoeizorg (Pol-B)

Vermoed je problemen bij de cliënt op de volgende items?

Zo nee, antwoord 0 (niet van toepassing is ook 0).

Zo ja, bepaal hoe ernstig je het probleem vindt (score 1 t/m 4, zie handleiding), en geef desgevraagd aan om welk probleem of welke problemen het gaat.

	Geen probleem of nvt	Licht probleem	Matig probleem	Eerstig probleem	Zeer ernstig probleem	Specificatie van probleem <i>Als de score op be- treffend leefgebied 1 of hoger is, kruis dan hieronder aan om welk probleem of welke problemen het gaat.</i>
Score	0	1	2	3	4	
1. Psychiatrie						<input type="checkbox"/> psychotische stoornis <input type="checkbox"/> depressieve stoornis <input type="checkbox"/> angst- of dwang- stoornis <input type="checkbox"/> persoonlijkheids- stoornis <input type="checkbox"/> anders, nl
2. Verslaving						
3. Licht verstandelijk gehandicapt (LVG)						
4. Lichamelijke gezondheid						
5. Wonen						
6. Financiën						
6. Sociaal						

Contact & binding tijdens bemoeizorg

Geef aan wat de huidige status is op de volgende gebieden

	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
a <u>Zonder hulp</u> komt de cliënt afspraken na (verschijnt op afspraken buiten de deur zonder dat de bemoeizorger de cliënt brengt en is thuis op afgesproken tijden)					
b <u>Met hulp</u> komt de cliënt afspraken na (verschijnt op afspraken buiten de deur als de bemoeizorger de cliënt brengt)					
2 De cliënt kan goed opschieten met de bemoeizorger (de mate waarin de cliënt een goede relatie heeft met de bemoeizorger, gelegenheid biedt tot een positieve atmosfeer gedu- rende gesprekken)					
3a De cliënt bespreekt persoonlijke emoties (=woede, depressie, etc) met bemoeizorger					
b De cliënt bespreekt persoonlijke problemen (in huidige leefsituatie) met de bemoei- zorger					
c De cliënt bespreekt symptomen met betrek- king tot psychische en verslavingsproble- men met de bemoeizorger					
4 De cliënt ervaart de begeleiding van de be- moeizorger als nuttig					
5a De cliënt is het eens met de begeleiding en de voorgestelde acties en behandeling					
b De cliënt is betrokken in de zin dat hij/zij zich houdt aan de taken die horen bij de begelei- ding en voorgestelde acties en behandeling					
c De cliënt is actief betrokken in de zin dat hij/ zij duidelijk actief zelf wil meewerken aan de begeleiding en voorgestelde acties en behandeling					
6 De cliënt stemt in met medicatiegebruik en neemt het vrijwillig in (als de cliënt geen medicatie gebruikt, kunt u dat hier aangeven: <input type="checkbox"/> 'nvt')					

Zorggebruik tijdens bemoeizorg

Geef aan wat de huidige status is op de volgende gebieden

	Geen probleem/ n.v.t.	Licht probleem	Matig probleem n.v.t.	Ernstig probleem n.v.t.	Zeer ernstig probleem
1 Afspraken maken met belangrijke hulpverleners en zorginstellingen rondom deze cliënt					
2 Afspraken maken met belangrijke andere instanties rondom deze cliënt					
3 Cliënt gaat daadwerkelijk naar afspraken bij de zorginstellingen en hulpverleners anders dan de bemoeizorger					

Afsluitgegevens

0 Datum beëindiging:

1a Deze afsluiting betreft een afsluiting van:

- Een melding (> naar vraag 4)
- Een bemoeizorgtraject

1b Reden beëindiging bemoeizorg:

- Cliënt is doorverwezen naar / overgedragen aan de reguliere zorg
- Het gaat weer goed met cliënt, begeleiding van bemoeizorg of reguliere zorg is niet meer nodig
- Cliënt is uit beeld / niet meer te traceren
- Cliënt is wel in beeld, maar laat geen enkel contact toe
- Cliënt is niet toe te leiden naar de reguliere zorg
- Cliënt is gedwongen opgenomen
- Cliënt zit inmiddels in detentie
- Cliënt heeft een TBS opgelegd gekregen
- Cliënt is overleden
- Anders, nl...

2 Cliënt is doorverwezen naar:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nvt | <input type="checkbox"/> HCO-V Tilburg | <input type="checkbox"/> Politie |
| <input type="checkbox"/> ACT-team | <input type="checkbox"/> Hometeam Gilze-Rijen | <input type="checkbox"/> Prisma |
| <input type="checkbox"/> Amarant | <input type="checkbox"/> Huisarts | <input type="checkbox"/> Re-integratietraject |
| <input type="checkbox"/> ASVZ | <input type="checkbox"/> IMW | <input type="checkbox"/> RIBW |
| <input type="checkbox"/> Bemoeizorg Breda | <input type="checkbox"/> JGZ/Thebe | <input type="checkbox"/> Schuldhulpverlening |
| <input type="checkbox"/> Bemoeizorg Eindhoven | <input type="checkbox"/> Jeugdzorg | <input type="checkbox"/> Slachtofferhulp |
| <input type="checkbox"/> Bewindvoering | <input type="checkbox"/> Justitie | <input type="checkbox"/> Sociale Zaken |
| <input type="checkbox"/> Buro Maks | <input type="checkbox"/> Juvans | <input type="checkbox"/> Thuiszorg |
| <input type="checkbox"/> Buurtregie Tilburg | <input type="checkbox"/> Loket Z | <input type="checkbox"/> Traverse |
| <input type="checkbox"/> Contour/vrijwilligers | <input type="checkbox"/> Massteam Waalwijk | <input type="checkbox"/> Verzorgings- of verpleeghuis |
| <input type="checkbox"/> DD-kliniek | <input type="checkbox"/> MEE | <input type="checkbox"/> Vrijgevestigde zorgaanbieder mbt GGZ |
| <input type="checkbox"/> De Bocht | <input type="checkbox"/> Netwerk geactiveerd | <input type="checkbox"/> Vrijgevestigde zorgaanbieder mbt verslaving |
| <input type="checkbox"/> GGD | <input type="checkbox"/> Novadic-Kentron | <input type="checkbox"/> Woningbouwvereniging |
| <input type="checkbox"/> GGZ | <input type="checkbox"/> PGB-bureau | <input type="checkbox"/> Anders, nl... |
| <input type="checkbox"/> Handhaving | <input type="checkbox"/> Platform Dongen | |
| <input type="checkbox"/> HCO-J Tilburg | <input type="checkbox"/> Platform Loon op Zand | |

3 Was er sprake van een wachtlijstprobleem?

3a Is cliënt is vanwege de (reeds bekende) wachtlijst bij een instelling van eerste keuze als soort van 'tweede keuze' doorverwezen naar de hierboven aangekruiste instelling

- nvt (cliënt is niet doorverwezen)
- ja vanwege wachtlijst bij de volgende instelling
- nee

3b Heeft cliënt op wachtlijst gestaan bij de hierboven aangekruiste instelling (waardoor cliënt langer in het bemoeizorgteam is gebleven dan nodig)?

- nvt (cliënt is niet doorverwezen)
- ja, cliënt heeft ... maanden op wachtlijst gestaan bij de hierboven aangekruiste instelling
- nee

4 Datum terugkoppeling melder:....

Follow-up (6 maanden na beëindigen bemoeizorg)

Geef aan wat de status is bij de follow-up. Omcirkel het juiste antwoord.

- 1 De cliënt is nog steeds in zorg (of in ieder geval in contact met een behandelaar/begeleider)

ja / nee

Indien de cliënt niet meer in zorg is geef hiervan de reden aan:

- Het gaat weer goed met cliënt, begeleiding/behandeling is niet meer nodig
- Cliënt is uit beeld / niet meer te traceren
- Cliënt zit inmiddels in detentie/heeft een TBS opgelegd gekregen
- Anders, nl...

- 2 Er is sprake van therapietrouw/contacttrouw

ja / deels / nee / nvt, want cliënt is niet meer in zorg

- 3 Er is inmiddels een heraanmelding geweest bij het bemoeizorgteam voor deze cliënt

ja / nee

Eigen waardering van de kwaliteit van leven

In deze vragenlijst worden vragen gesteld over hoe tevreden u bent met een aantal levensgebieden. U kunt deze vragen zelf beantwoorden of samen met de hulpverlener invullen. Kruis het antwoord aan dat op dit moment het beste overeenkomt met uw mening.

	Kan niet slechter	Ontevreden	Meestal ontevreden	Gemengd (tevreden en ontevreden)	Meestal tevreden	Tevreden	Kan niet beter
1. Hoe ervaart u uw leven als geheel op dit moment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hoe tevreden bent u met uw betaalde baan? (of met uw werk op een sociale werkplaats, of met uw onderwijs/opleiding als voornaamste daginvulling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Indien u werkloos of gepensioneerd bent, beantwoord dan de volgende vraag: Hoe tevreden bent u met het feit dat u geen betaalde baan heeft of gepensioneerd bent?</i>							
3. Hoe tevreden bent u met hoe goed u bij kas zit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hoe tevreden bent u met het aantal en de kwaliteit van uw vriendschappen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Kan niet slechter	Ontevreden	Meestal ontevreden	Gemengd (tevreden en ontevreden)	Meestal tevreden	Tevreden	Kan niet beter
5. Hoe tevreden bent u met de dingen die u in uw vrije tijd doet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hoe tevreden bent u met uw woonomstandigheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke veiligheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hoe tevreden bent u met de mensen met wie u samenleeft? <i>Indien u alleen woont, beantwoord dan de volgende vraag: Hoe tevreden bent u met het feit dat u alleen woont?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hoe tevreden bent u met uw seksuele leven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hoe tevreden bent u met uw relatie met uw familie? (Deze vraag heeft betrekking op familieleden waar u <u>niet</u> mee samenwoont.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Kan niet slechter	Ontevreden	Meestal ontevreden	Gemengd (tevreden en ontevreden)	Meestal tevreden	Tevreden	Kan niet beter
11. Hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Heeft u iemand die u een goede vriend of vriendin zou noemen? <i>Als u een familielid als goede vriend of vriendin beschouwt, dan vult u 'ja' in. Een hulpverlener mag (in deze vragenlijst) niet als goede vriend of vriendin beschouwd worden.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee						
14. Heeft u in de afgelopen week een vriend of vriendin ontmoet? <i>Dat wil zeggen: bent u op bezoek geweest bij een vriend of vriendin, heeft u een vriend of vriendin ontmoet buitenshuis of buiten het werk?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee						
15. Bent u in het afgelopen jaar beschuldigd van een misdrijf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee						
16. Bent u in het afgelopen jaar slachtoffer geweest van lichamelijk geweld?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee						

Tevredenheid bemoeizorg

In deze vragenlijst worden vragen gesteld over hoe tevreden u bent met de zorg die u gehad hebt van bemoeizorgteam. Het is de bedoeling dat u een kruis zet in het vakje met het antwoord dat u wilt geven.

Waardering informatie bemoeizorg	ja	nee	weet niet	nvt
1 Heeft u voldoende informatie gekregen over de begeleidings- en behandelingsmogelijkheden van het bemoeizorgteam?				
2 Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw begeleiding?				
3 Heeft u voldoende informatie gekregen over wat u kon verwachten als resultaat van de begeleiding?				

Waardering inspraak bemoeizorg	ja	nee	weet niet	nvt
4 Kon u meebeslissen over de begeleiding die u zou krijgen?				
5 Zijn er van te voren afspraken gemaakt over de begeleiding?				
6 Heeft u ingestemd met deze afspraken?				

Waardering hulpverlener bemoeizorg	ja	nee	weet niet	nvt
7 Was (is) de hulpverlener naar uw mening deskundig?				
8 Kon (kunt) u de hulpverlener voldoende vertrouwen?				
9 Ging (gaat) de hulpverlener respectvol met u om?				
10 Stelde (stelt) de hulpverlener zich open op ten aanzien van u en uw begeleiding?				

Waardering resultaat bemoeizorg	ja	nee	weet niet	nvt
11 Werd (wordt) de afgesproken begeleiding / behandeling naar wens uitgevoerd?				
12 Was (is) de afgesproken begeleiding / behandeling de goede aanpak voor uw problemen?				
13 Heeft u door de begeleiding / behandeling meer greep op uw problemen (gekregen)?				
14 Bent u door de begeleiding / behandeling voldoende vooruit gegaan?				
15 Bent u door de begeleiding / behandeling beter in staat om uw leven te leiden zoals u dat wilt?				
16 Kunt u door de begeleiding / behandeling beter omgaan met mensen en situaties, waar u eerder problemen mee had?				

Tot slot

17 Welk rapportcijfer zou u geven aan de totale begeleiding / behandeling van de bemoeizorg?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18 Heeft u nog tips en adviezen voor verbetering van de begeleiding / behandeling van de bemoeizorg?

19 Heeft u verder nog opmerkingen over de begeleiding / behandeling van de bemoeizorg?

Bijlage 2: Handboek ROM in de bemoezorg

HANDBOEK ROM

Handboek ROM

Team bemoeizorg Tilburg, februari 2012

Inhoudsopgave handboek ROM

1. Gebruik van Rom-informatie in de bemoeizorg

2. Werkinstructies

- a. Werkinstructie invullen ROM
- b. Werkinstructie website Rom-rapportage

3. Rom-vragenlijsten

- a. Overzicht Rom-lijsten
- b. Hulpverlenerslijst - Problemen op levensgebieden Bemoeizorg (Pol-B)
- c. Hulpverlenerslijst - Contact en binding
- d. Hulpverlenerslijst -Zorggebruik
- e. Hulpverlenerslijst -Afsluitgegevens
- f. Hulpverlenerslijst - Follow-up
- g. Cliëntlijst- Kwaliteit van Leven
- h. Cliëntlijst- Klanttevredenheid

4. Handleiding Pol-B

Gebruik van informatie uit de Rom-lijsten in de Bemoeizorg

Overzicht Rom-lijsten per meetmoment

ROM Lijsten/ Items	Eerste contract- moment	Herhaling elke 3 mnd	Uitschrijving	Follow-up na 6 mnd
Bemoeizorger				
Levensgebieden	x	x	x	x
Contact en binding		x	x	
Zorggebruik		x	x	
Afsluitgegevens			x	
Follow-up vragen				x
Clïënt				
Kwaliteit van leven	x	x	x	x
Klanttevredenheid			x	

De gegevens uit de Rom-lijsten leveren de volgende informatie:

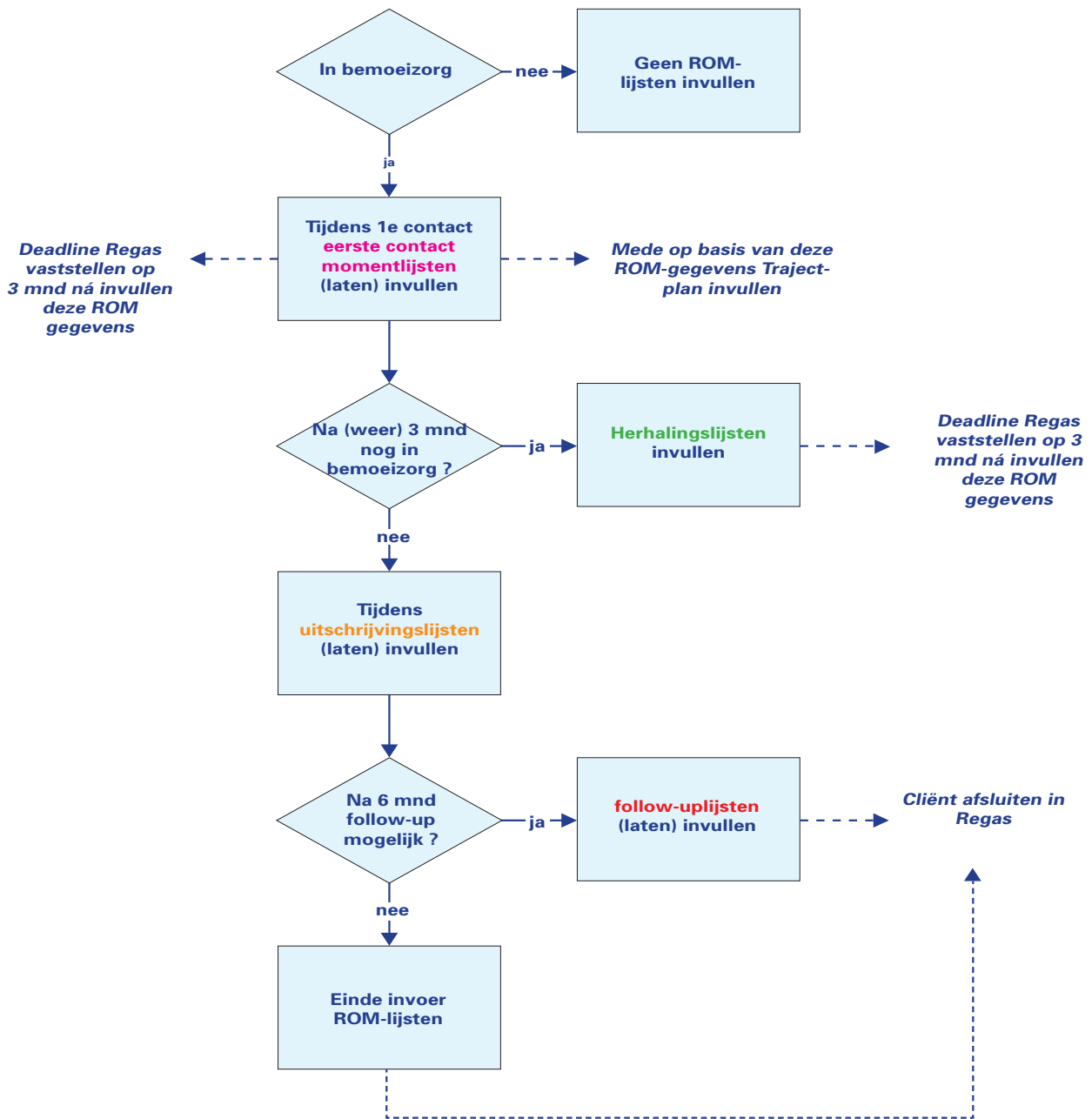
- a) info over *problematiek van de cliënt bij start bemoeizorg (bmz)*
 - vanuit perspectief *bemoeizorger (lijst 1; eerste contactmoment)*
 - vanuit perspectief *cliënt (lijst 6; eerste contactmoment)*
- b) info over *ernst van de problematiek* op basis van normscores (lijst 1, 2, 3 en 6 verschillende meetmomenten)
- c) info over *verloop van de problematiek* tijdens traject vanuit perspectief bemoeizorger (*lijst 1, 2 en 3; verschillende meetmomenten*)
- d) info over *reden beëindiging /doorverwijzing na bmz-traject (lijst 4; uitschrijving)*
- e) info over *klanttevredenheid (lijst 7; uitschrijving)*
- f) info over *hoe het de cliënt vergaat 6 maanden na uitschrijving*
 - vanuit perspectief *bemoeizorger (lijst 1 + 5; follow-up)*
 - vanuit perspectief *cliënt (lijst 6; follow-up)*

Bovenstaande informatie uit de Rom-lijsten kan (naast andere info) door de bemoeizorger* gebruikt worden:

1. om te bepalen op welke leefgebieden je de cliënt gaat begeleiden (*info a+ b*)
2. bij trajectplanbespreking (*info a t/m c*)
3. om gedurende traject problematiek van de cliënt goed voor ogen te houden (*info a t/m c*)
4. om te bepalen of een cliënt vooruitgang heeft geboekt (*info c*)
5. om in gesprek te gaan met cliënt (*info a t/m c, ook lijst 2 en 3!*)
6. in overleg met collega waarin je een cliënt bespreekt (*info a t/m c*)
7. bij de overdracht naar reguliere zorg (*info a t/m d*)
8.
9.

* De bemoeizorger kan de informatie uit de Rom-lijsten op *cliëtniveau* gebruiken bij de begeleiding van de cliënt. Op *groepsniveau* zal alle informatie, maar met name de informatie over afloop van het bemoeizorgtraject, klanttevredenheid en follow-up (*info d t/m f*) gebruikt worden in het jaarverslag ten behoeve van verslaglegging en verantwoording.

Werkinstructie invullen Rom-lijsten



ROM Lijsten/ Items	Eerste contact- moment	Herhaling elke 3 mnd	Uitschrijving	Follow-up na 6 mnd
Bemoeizorger				
Levensgebieden	X	X	X	X
Contact en binding		X	X	
Zorggebruik		X	X	
Afsluitgegevens			X	
Follow-up vragen				X
Cliënt				
Kwaliteit van leven	X	X	X	X
Klanttevredenheid			X	

Aandachtspunten bij het invullen Rom-lijsten

1. Lijsten invullen bij eerste contactmoment?

Probeer zoveel mogelijk de vragenlijst *Kwaliteit van Leven* gelijk tijdens 1e contactmoment te laten invullen door de cliënt. (Eventueel onder mom van 'ik heb gelijk wat informatie van u nodig om u verder goed te kunnen begeleiden'.) Vul *Pol-B* – gelijk na 1^e contact met cliënt – **met z'n tweeën in**.

Op basis van (o.a.) de informatie uit deze beide lijsten en de wensen van de cliënt bepaal je met welke levensgebieden je aan de slag gaat. ***Dit betekent dus eerst Kwaliteit van Leven en Pol-B invoeren in Regas en dan pas Trajectplan!***

2. Vragenlijsten compleet invullen?

Als je een vraag echt niet kan invullen, **laat deze dan open**, en vul dan bij bijv. de vragenlijst *Zorggebruik* **niet** in "geen probleem/nvt", want dat is wat anders dan dat je het niet weet... Maar het spreekt voor zich dat de vragenlijsten bij voorkeur zoveel mogelijk compleet ingevuld moeten worden. Anders kan er geen totaalscore berekend worden.

3. Datum invullen lijsten

Voor alle (ook niet Rom) lijsten in Regas geldt dat je de **datum waarop je deze invult** moet aanvinken. Deze datum staat wordt in Regas automatisch op de datum van de huidige dag gezet. Voor de cliëntlijsten moet je deze datum echter veranderen in de datum waarop de cliënt deze lijst heeft ingevuld! De datum waarop je deze lijst invoert in Regas zal namelijk vaak enkele dagen later zijn, vandaar dat je die datum dan dus even handmatig op eerder moet zetten.

4. Deadline in Regas en trajectplanbespreking

De **deadline in Regas zet je op 3 maanden ná datum eerste contactmoment**. Drie maanden later, net vóór de eerste trajectplanbespreking vul je dan de Rom-herhalingslijsten in. De datum van dit eerste contactmoment vind je dus op het datumveld in de Rom-vragenlijst. Dus niet de datum nemen die tussen haakjes achter de map Rom eerste contactmoment staat (dit is datum waarop de map is aangemaakt). Volgende deadline is weer 3 maanden later, etc.

5. Cliëntlijsten op papier

Alleen van de Rom-*cliënt*lijsten (*Kwaliteit van Leven* en *Klanttevredenheid*) hebben jullie een papieren versie nodig (de hulpverlenerslijsten voer je gelijk in in Regas). Deze cliëntlijsten zijn te vinden in de kast op jullie kamer in een apart bakje (met titel 'Rom-lijsten') bovenop jullie postvakjes. Ook de antwoordenvelopen behorend bij de klanttevredenheidslijsten vinden jullie in dit bakje. Alle Rom-vragenlijsten zijn digitaal te vinden in de directory F:\Bemoeizorg\Rom\vragenlijsten en kunnen dus door jullie zelf worden uitgeprint indien de voorraad op is.

6. Klanttevredenheidslijsten (laten) opsturen naar GGD

De klanttevredenheidslijst kan na invullen door de cliënt zelf in de bijgeleverde retourenvelop worden opgestuurd naar de GGD (t.a.v. Olga Koevoets). Maar vanwege de respons is het beter als jullie er bij blijven terwijl cliënt de lijst invult en in de envelop stopt, waarna jullie deze opsturen naar Olga. De retourenveloppen met naam van Olga erop liggen ook in de kast (bij de vragenlijsten). Olga zal zorgen voor het invoeren van deze gegevens in de computer. Jullie hoeven de **klanttevredenheidslijsten dus niet in te voeren in Regas**.

Werkinstructie website Rom-rapportage

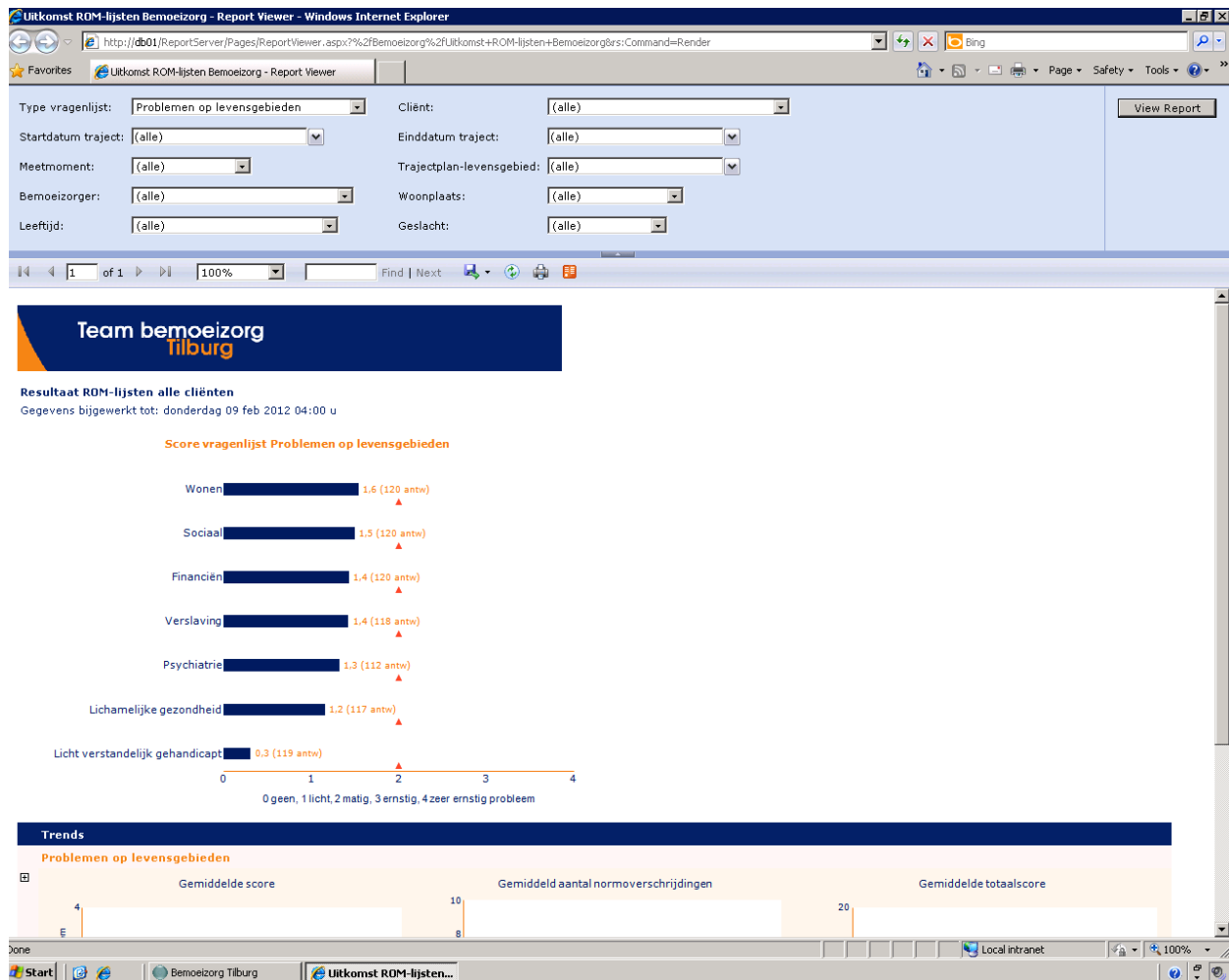
A) Algemeen

- In Regas voeren jullie de gegevens van de Rom-lijsten in. De uitkomsten van deze lijsten kunnen jullie bekijken via onderstaande 'Rom-rapportage' website:
<http://db01/ReportServer/Pages/ReportViewer.aspx?%2fBemoeizorg%2fUitkomst+ROM-lijsten+Bemoeizorg&rs:Command=Render>
- Om deze website op te starten moet je ingelogd zijn op de omgeving van Traverse: alleen vanuit deze omgeving werkt deze link. NB: Regas opstarten is niet nodig.
- Nadat je deze link voor de eerste keer hebt opgestart is het handig om deze link op te nemen in je internet-favorieten. T.z.t. zal Loes ervoor zorgen dat er ook op je bureaublad een icoontje met een snelkoppeling komt naar deze website. (Desgewenst kun je dit ook al zelf doen).
- Er zijn twee soorten Rom-lijsten:
 - o 4 scorelijsten: Pol-B, Contact en Binding, Zorggebruik en Kwaliteit van Leven
 - o 2 antwoordlijsten: afsluiting, follow-upDe resultaten van de *score-lijsten* worden weergegeven in *figuren*, die van de *antwoordlijsten* in *tabellen*.
(NB: De Rom-lijst Klanttevredenheid voeren jullie niet in in Regas omdat deze anoniem wordt teruggestuurd door de cliënt. De resultaten van deze Rom-lijst kunnen dus niet bekeken worden op deze website. In plaats hiervan zal tzt een applicatie in Excel worden gemaakt. Invoer van deze gegevens zal door Olga Koevoets worden gedaan.)
- Met behulp van deze website kun je de Rom-resultaten zowel op individueel cliëntniveau als op groepsniveau bekijken.
Vooral het bekijken van de resultaten op cliëntniveau is voor jullie als bemoeizorger interessant, bijvoorbeeld om:
 - o te bepalen op welke leefgebieden je de cliënt gaat begeleiden
 - o te gebruiken bij de trajectplanbespreking
 - o om gedurende traject. uitdraai meenemen)
 - o in overleg met collega waarin je een cliënt bespreekt
 - o bij de overdracht problematiek van de cliënt goed voor ogen te houden
 - o om te bepalen of een cliënt vooruitgang heeft geboekt
 - o om in gesprek te gaan met cliënt (evt naar reguliere zorg (evt. uitdraai meesturen)Op groepsniveau kun je desgewenst de *gemiddelde* scores voor een groep cliënten bekijken.
- Desgewenst kun je alle grafieken via de icoontjes in de balk boven 'Resultaat ROM-lijsten' uitprinten of kopiëren naar PdF of Excel (waarna je bijv. een selectie kunt uitprinten). Deze print kun je bijv. gebruiken om de uitslagen te bespreken met een collega of met je cliënt.

B) Toelichting gebruik website

Na het openen van de website zie je het volgende scherm (figuur 1).

Figuur 1. Openingscherm



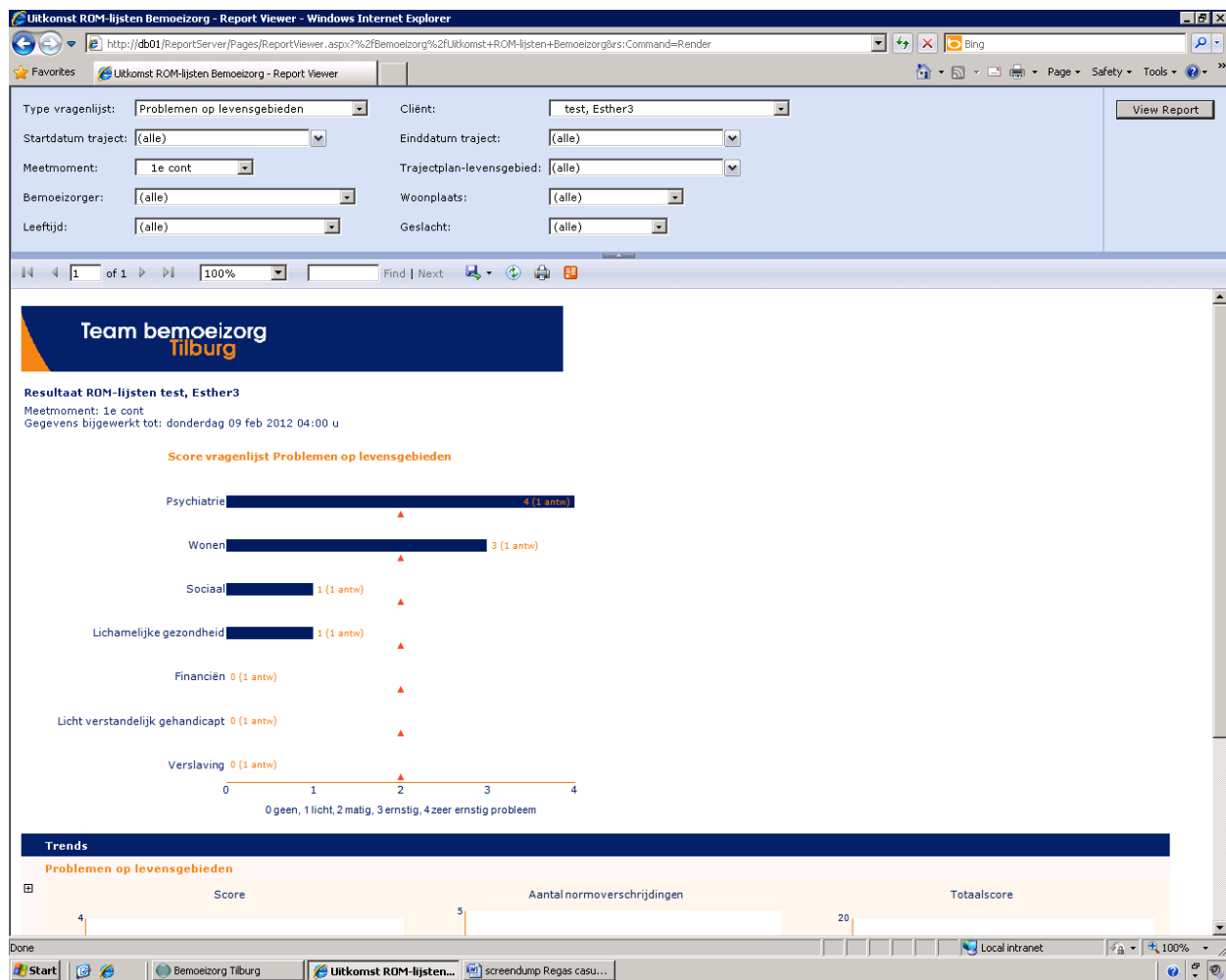
1a. Scores bekijken van *individuele* cliënten

Kies bovenin 'type vragenlijst', 'cliënt' en 'meetmoment' en druk rechts bovenin het scherm op 'View Report'.

Stel je kiest voor *Pol_B, test, Esther3 en 1^e cont* (en dan 'View Report') dan krijg je onderstaand scherm (figuur 2).

Onder 'Resultaat ROM-lijsten' zie je nu voor de gekozen casus (*test, Esther3*)

Figuur 2. Score per item voor één vragenlijst voor één cliënt voor één meetmoment



Achter elk balkje staat de score (in dit geval variërend tussen 0 en 4) en tussen haakjes staat het aantal antwoorden ofwel het aantal cliënten dat antwoord heeft gegeven op deze vraag. Bij de grafieken per cliënt (de individuele grafieken) is dit aantal natuurlijk 1. Of 0 als de cliënt de desbetreffende vraag niet heeft beantwoord.

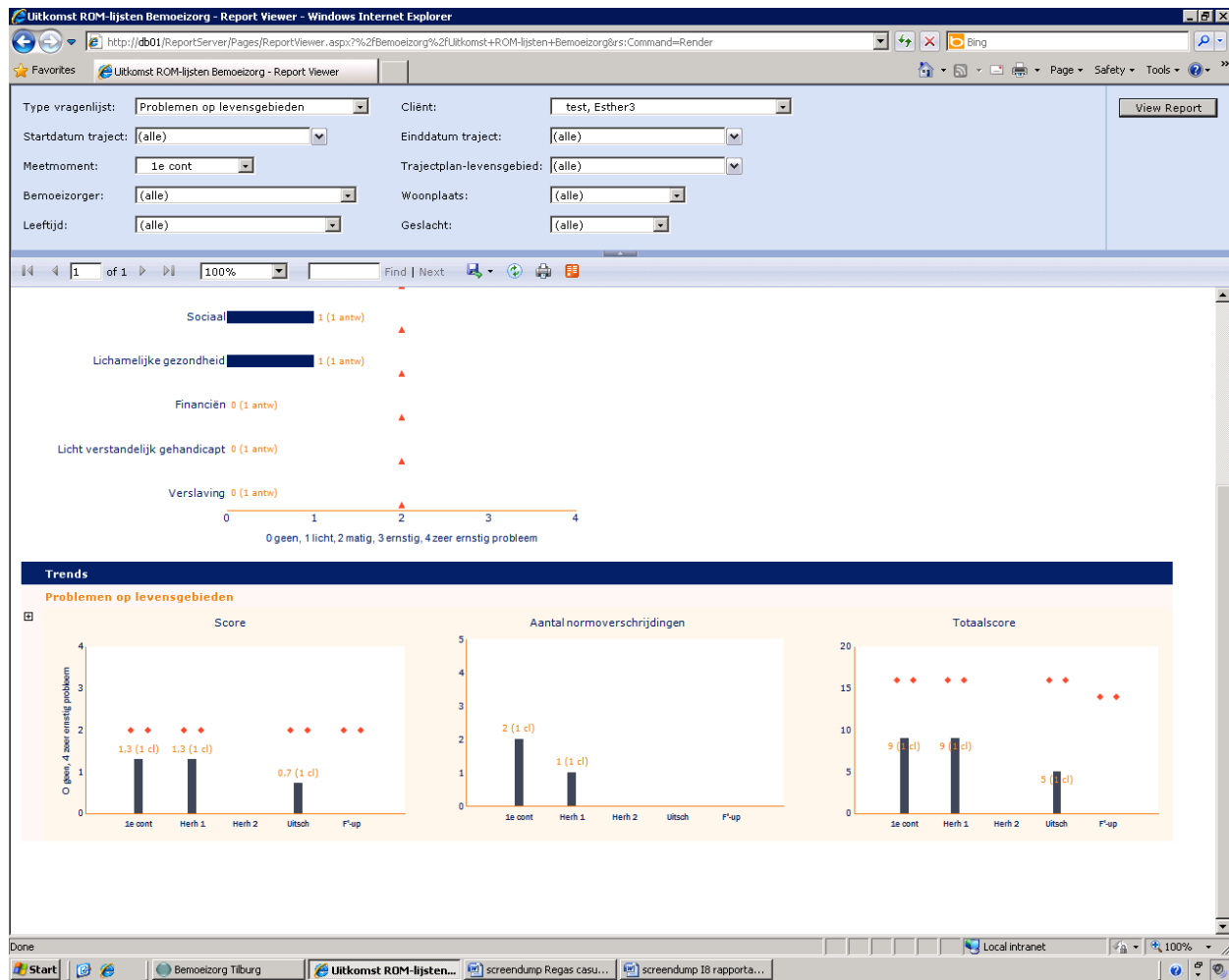
De oranje wybertjes geven de normscore weer.

Als je verder naar beneden scrollt zie je onder 'Trends' het volgende scherm (figuur 3).

Hier vind je voor dezelfde casus (*test, Esther3*) de volgende drie grafieken:

- o score
- o aantal normoverschrijdingen per meetmoment
- o totaal score per meetmoment

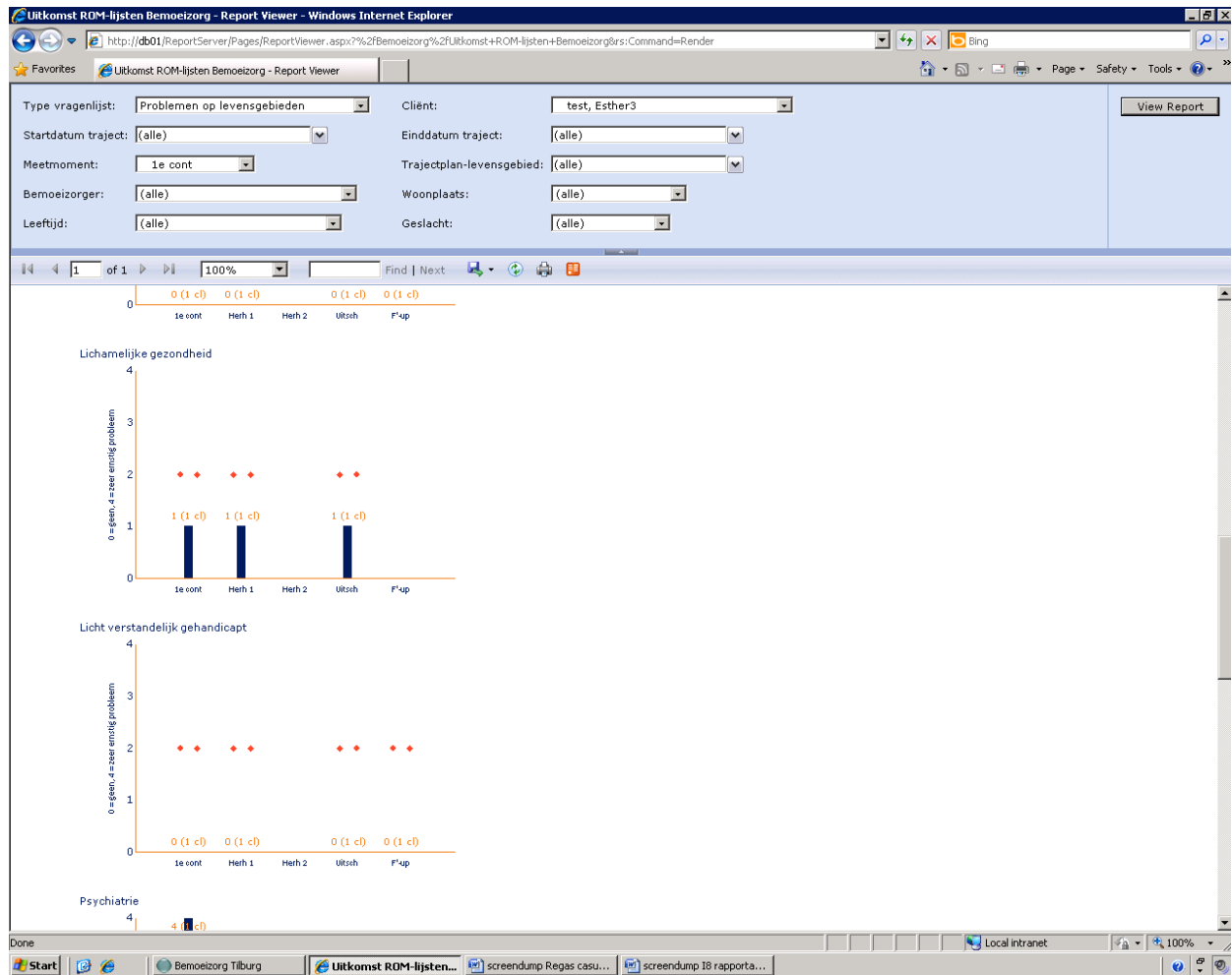
Figuur 3. Drie trendgrafieken voor één vragenlijst voor één cliënt



In deze drie grafieken wordt per meetmoment resp. de (gemiddelde) score, het aantal normoverschrijdingen en de totaal score, voor de complete vragenlijst (in dit geval de Pol_B) weergegeven.

De trend in het *aantal normoverschrijdingen* en de *totaalscore* voor een bepaalde Rom-lijst geven een goed overall beeld van de situatie van een cliënt voor die lijst in de loop van de tijd. De (gemiddelde) *score* van een Rom-lijst (weergegeven in de linker grafiek in figuur 3) zegt niet zoveel. Wel informatief is de trend in de score *per vraagitem*. Om deze te bekijken moet je in de scoregrafiek links op het plusje drukken. Je krijgt dan het volgende scherm (figuur 4).

Figuur 4 : Score per vraagitem per meetmoment voor één client



1b. Antwoorden bekijken van *individuele* cliënten

Kies je bovenin het scherm voor een antwoordlijst, bijv. *Follow-up*, en als casus *test Esther1, AA* en als meetmoment (natuurlijk *follow-up* (en dan *View Report*) dan krijg je het volgende scherm (figuur 5). Hier vind je simpelweg de antwoorden op de vragen.

Figuur 5. Resultaten van één cliënt op één antwoordenlijst

The screenshot shows a web browser window titled "Uitkomst ROM-lijsten Bemoezorg - Report Viewer". The browser address bar shows a URL starting with "http://db01/ReportServer/Pages/ReportViewer.aspx?". The page contains a form with various filters and a "View Report" button. Below the form, there is a header for "Team bemoezorg Tilburg" and a section titled "Resultaat ROM-lijsten test Esther1, AA". The report data is as follows:

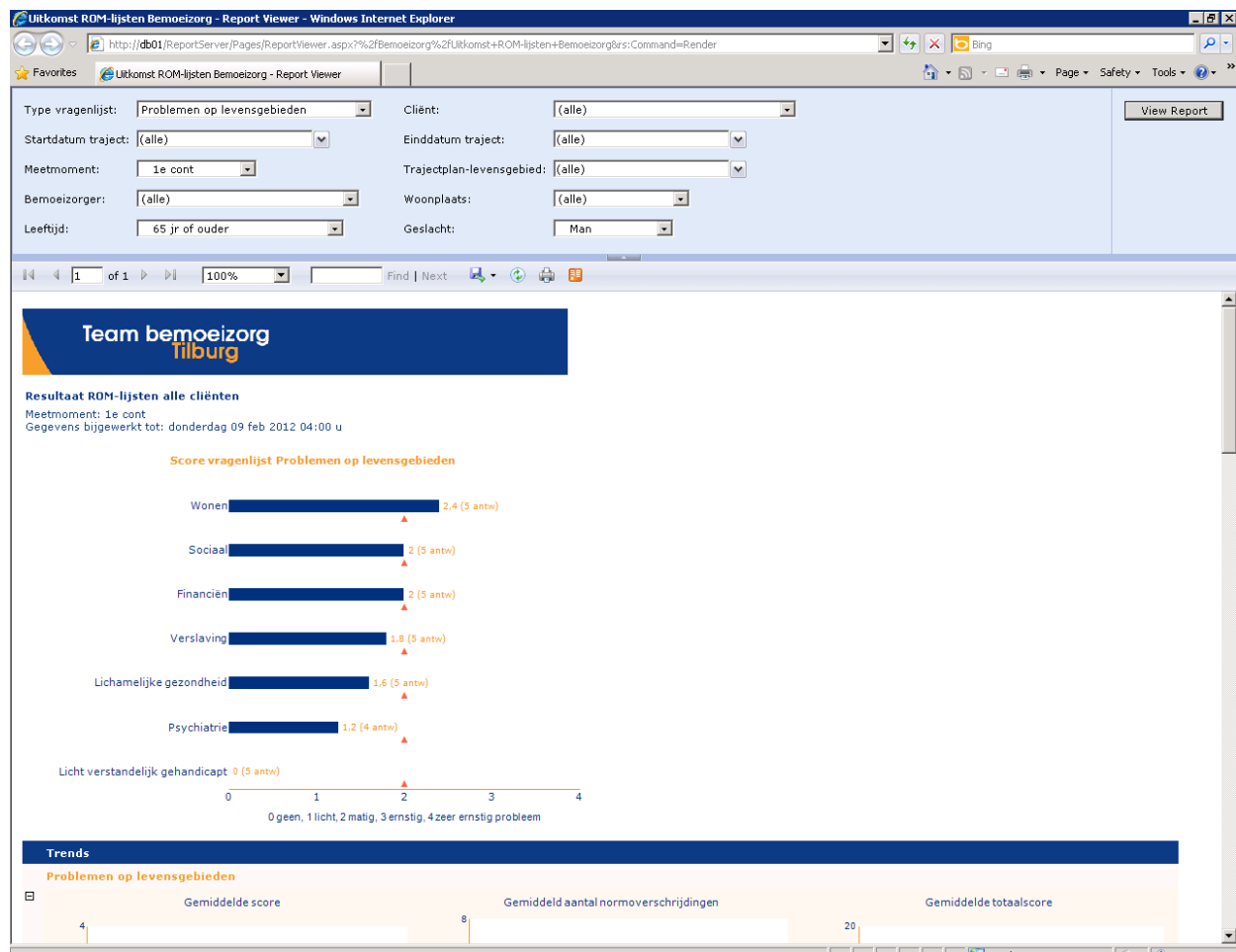
	Meetmoment	Cliënt nog in zorg	Therapeutrouw cliënt	Heraanmelding cliënt
test Esther1, AA	F-up	ja	nee	ja

2a. Scores bekijken van een groep cliënten

Om de gemiddelde scores voor een groep cliënten te bekijken moet wederom bovenin het scherm voor een vragenlijst en voor een meetmoment gekozen worden en daarnaast voor één of meer van de volgende dimensies om een groep cliënten te selecteren: startdatum en/of einddatum bemoeizorgtraject en/of bemoeizorger en/of woonplaats, leeftijd, geslacht van de cliënt.

Figuur 6 geeft een voorbeeld van de resultaten van Pol-B tijdens 1^e contactmoment voor de vijf mannelijke bemoeizorgcliënten tussen 65- en 75 jaar.

Figuur 6. Gemiddelde score per item voor één vragenlijst voor één meetmoment voor groep cliënten



C) Interpretatie scorelijsten

- Scorelijsten: altijd geldt hoe hoger de score hoe slechter.
De oranje wybertjes in de figuren geven de normscore aan.
Voor een overzicht van de scores, de totaal te behalen score en de normscore per Rom-lijst zie de lijst Rom-scores (bijlage 1).
Voorbeeld: de normscore voor de items van Pol-B is 2 'matig probleem' (zie figuur 2).
Een score hoger dan 2 is dus niet goed.
- Uitleg soorten scores:
score = score
aantal normoverschrijdingen = aantal items met score boven de normscore
totaalscore = optelsom van alle scores op één vragenlijst
Voorbeeld: uit figuur 2 kun je opmaken dat het aantal normoverschrijdingen op de Pol-B voor Test, Esther3 voor het eerste contactmoment 2 is en de optelsom van de scores op de verschillende vraagitems 9 is. Deze beide waarden vind je bij het eerste contactmoment in figuur 3 terug bij resp. de figuur 'aantal normoverschrijdingen' en 'totaal score'.
- Wat als een complete vragenlijst of een vraagitem niet is ingevuld?
 - o Als *geen enkele* Rom-lijst is ingevuld, dan kun je deze cliënt niet oproepen in de website.
 - o Als *één complete* Rom-lijst niet is ingevuld dan verschijnt deze lijst niet in beeld.
Voorbeeld: in figuur 3 zie je dat Pol-B niet is afgenomen bij 2e herhalingsmoment.
 - o Als een *item op* een Rom-lijst niet is ingevuld dan zie je in de:
 - zie je in de scoregrafiek geen scorebalkje voor dit item.:
Let op: als de score op een item 0 is, dan zie je ook geen balkje maar zie je wel de score 0 staan met tussen haakjes (1 antw) of 1 cl (cl van client).
 - zie je in de grafieken met *aantal normoverschrijdingen* en *totaalscore* geen scorebalkje voor deze vragenlijst omdat deze scores immers alleen berekend kunnen worden als alle items van de betreffende lijst zijn ingevuld.

D) Enkele tips tot slot

- ✓ Vergeet nooit op View Report te drukken nadat je een selectie hebt gemaakt.
- ✓ Vul alle Rom-lijsten liefst volledig in. Als maar één vraagitem van een vragenlijst mist kunnen de *totaalscore* en het *aantal normoverschrijdingen* voor deze vragenlijst niet berekend worden.
- ✓ Als je de scores van twee verschillende vragenlijsten naast elkaar wilt bekijken, bijv. de Pol-B en de Kwaliteit van leven, dan kun je deze beide lijsten eerst ieder apart via de website aanmaken (zie voorbeeld fig 2) en deze figuren vervolgens exporteren naar Excel waar je ze naast elkaar kunt zetten. (Technisch was het helaas niet mogelijk deze beide lijsten op de website naast elkaar te presenteren.)

Rom-scores

Rom-scorelijst	afnamemomenten	aantal vragen	score	normscore	totaalscore range	norm-totaalscore
Levensgebieden (Pol_B)	<ul style="list-style-type: none"> • eerste contact-moment • herhaling elke 3 mnd • uitschrijving • follow-up na 6 mnd 	7	0=geen probleem 1=licht probleem 2=matig probleem 3=ernstig probleem 4=ernstig probleem	2	0-28	-
Zorggebruik	<ul style="list-style-type: none"> • herhaling elke 3 mnd • uitschrijving 	3	idem	2	0-12	-
Contact en binding tijdens bemoeizorg	herhaling elke 3 mnd <ul style="list-style-type: none"> • uitschrijving 	11	0=altijd 1=meestal 2=soms 3=zelden 4=nooit	2	0-44	22
Kwaliteit van leven	<ul style="list-style-type: none"> • eerste contact-moment • herhaling elke 3 mnd • uitschrijving • follow-up na 6 mnd 	12	0=kan niet beter 1=tevreden 2=meestal tevreden 3=gemengd 4=meestal ontevreden 5=ontevreden 6=kan niet slechter	3	0-72	-

Overzicht Rom-lijsten bemoeizorgteam Tilburg

Naar soort lijst

Wat	Vragenlijst	Wanneer
Hulpverlenerslijsten		
Levensgebieden	Pol-B	- eerste contactmoment - herhaling elke 3 mnd - uitschrijving - follow-up na 6 mnd
Contact en binding tijdens bemoeizorg	Engagement measure	- herhaling elke 3 mnd - uitschrijving
Zorggebruik	Tranzo zorggebruiklijst	- herhaling elke 3 mnd - uitschrijving
Afsluitgegevens	Tranzo beëindigen bemoeizorglijst aangevuld met vraag over wachtlijst	- uitschrijving
Follow-up	Tranzo follow-uplijst	- follow-up na 6 mnd
Clïentlijsten		
Kwaliteit van leven	Mansa	- eerste contactmoment - herhaling elke 3 mnd - uitschrijving - follow-up na 6 mnd
Klanttevredenheid	GGZ-thermometer	- uitschrijving

Naar moment van afname

Rom-lijsten	Eerste contactmoment	Herhaling elke 3 mnd	Uitschrijving	Follow-up na 6 mnd
Hulpverlenerslijsten				
Levensgebieden	x	x	x	x
Contact en binding		x	x	
Zorggebruik		x	x	
Afsluitgegevens			x	
Follow-up vragen				x
Clïentlijsten				
Kwaliteit van leven	x	x	x	x
Klanttevredenheid			x	

Bijlage 3: Vragenlijst over het gebruik van ROM data

Deze vragenlijst is speciaal ontwikkeld voor het onderzoek. De score range is 9 tot 45.

ROM vragenlijsten in de bemoeizorg

Gebruik van de data

Hieronder word je een aantal vragen gesteld over hoe je het ervaart om te werken met de Tranzo lijsten. Het gaat dan om de hulpverlenerslijsten die jullie invullen met oa de Honos en de cliëntlijsten over kwaliteit van leven en tevredenheid met de zorg (deze lijsten worden ook wel routine outcome monitoring (ROM) lijsten genoemd).

De vragen hieronder gaan erover of je zelf nut ervaart in je werk van de informatie die deze vragenlijsten oplevert.

Belangrijk is dat je eerlijk antwoordt. De antwoorden zullen worden gebruikt bij de aanpassingen die jullie gaan doen aan het werken met deze lijsten. Daarnaast zullen we samen (Tranzo en bemoeizorg-team Tilburg) op basis van jullie ervaringen een handboek schrijven over ROM vragenlijsten in de bemoeizorg. (Wij zullen het schrijfwerk doen bij Tranzo en jullie krijgen de gelegenheid om mee te denken).

Kruis het antwoord aan dat op dit moment het beste overeenkomt met je mening

	Altijd	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
1. Het invullen van de hulpverlenerslijsten ³ helpt mij zicht te krijgen op hoe het op dat moment met een cliënt gaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Door de cliëntlijsten ⁴ krijg ik bruikbare informatie over hoe een cliënt zelf vindt dat het op dat moment met hem/haar gaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ik gebruik de informatie die de hulpverleners- en cliëntlijsten opleveren om te bepalen op welke leefgebieden ik een cliënt ga begeleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik gebruik de hulpverleners- en cliëntlijsten als input voor de gesprekken met mijn cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ik bekijk de ingevulde hulpverleners- en cliëntlijsten tijdens de periode dat ik een cliënt begeleid nog af en toe om de problematiek van die cliënt goed voor ogen te houden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Als ik het over een cliënt heb met een collega, bespreken we ook de ingevulde hulpverleners- en cliëntlijsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik vergelijk de hulpverleners- en cliëntlijsten van verschillende meetmomenten om te zien of een cliënt al dan niet vooruitgang heeft geboekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ik vergelijk de scores van een cliënt met normscores (bijv landelijk gemiddelden) om te zien hoe ernstig of niet ernstig zijn/haar problematiek is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Als ik doorverwijs naar de reguliere zorg dan geef ik bij de overdracht ook de informatie uit de hulpverleners- en cliëntlijsten mee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

³Dit zijn de lijsten die jullie invullen met hierin oa de Honos

⁴Dit zijn de lijsten die de cliënt invult: over kwaliteit van leven en de tevredenheidslijst

Op de achterzijde is ruimte voor toelichting op je antwoorden.

Hier is ruimte voor toelichting op je antwoorden:

Literatuur

De Beurs, E., Den Hollander-Gijsman, M.E., Van Rood, Y.R., Van der Wee, N.J.A., Giltay, E.J., Van Noorden, M.S., Van der Lem, R., Van Fenema, E. & Zitman, F.G. (2011). Routine Outcome Monitoring in the Netherlands: Practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 18, 1-12.

Buwalda, V.J.A., Nugter, M.A., Swinkels, J.A. & Mulder, C.L. (red.). (2011). *Praktijkboek ROM in de GGz. Een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten. Utrecht: de Tijdstroom.*

Callaly, T., Hyland, M., Coombs, T. & Trauer, T. (2006). Routine outcome measurement in public mental health: results of a clinician survey. *Australian Health Review* 30, 164-173.

Carlier, I.V.E., Meuldijk, D., Van Vliet, I.M., Van Fenema, E., Van der Wee, N.J.A. & Zitman, F.G. (2010). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 18, 104-110.

Carlier, I.V.E., Meuldijk, D., Van Vliet, I.M., Van Fenema, E.M., Van der Wee, N.J.A. & Zitman, F.G. (2012). Empirische evidence voor de effectiviteit van routine outcome monitoring; een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie* 54, 121-128.

Hall, M., Meaden, A., Smith, J. & Jones, C. (2001). Brief report: The development and psychometric properties of an observer-rated measure of engagement with mental health services. *Journal of mental health* 10, 457-465.

Henskens, R. (2007). *Handleiding POL. Problemen op levensgebieden – Toestandlijst. Utrecht: Trimbos instituut.* http://www.trimbos.nl/~media/Themas/5_Implementatie/Doorbraak/Bemoeizorg/Bemoeizorg%20B4%20b%20Handleiding%20Toestandlijst%20POL.ashx

Kertzman, T., Kok, I., & Wijngaarden, B.V. (2003). De GGZ Thermometer nader onderzocht. *De evaluatie van een vragenlijst voor cliëntwaardering in de volwassenenzorg.* Utrecht: Trimbos Instituut.

Lambert, M.J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J.L. & Hawkins, E.J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology* 61, 165-174.

Meehan, T., McCombes, S., Hatzipetrou, L. & Catchpoole, R. (2006). Introduction of routine outcome measures: staff reactions and issues for consideration. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 581-587.

Mulder, C.L. & Kortrijk, H.E. (2012). De invloed van de duur van de behandeling op het interpreteren van ROM-metingen bij ACT. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54, 191-196.

Nugter, M.A. & Buwalda, V.J.A. (2012). Achtergronden en gebruiksmogelijkheden van ROM in de GGz. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54, 111-120.

Oudejans, S.C.C., Schippers, G.M., Spits, M.E., Stollenga, M. & van den Brink, W. (2012). Vijf jaar 'routine outcome management' in de ambulante verslavingszorg. *Tijdschrift voor psychiatrie* 54, 185-190.

GGz Nederland, Stuurgroep ROM GGz. (2010). *Visie op ROM in de GGz*.

<http://www.ggz nederland.nl/kwaliteit-van-zorg/rom/20100329-visiedocument-rom-ggz-v-30-def.pdf>

Priebe S., Huxley P., Knight S. & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry* 45, 7-12.

Roeg, D.P.K., Voogt, M., van Assen, M. & Garretsen, H.F.L. (2012). *De effecten van bemoeizorg. De resultaten van een onderzoek bij Nederlandse bemoeizorgteams*. Tilburg: Tranzo, Tilburg University.

Rosen, L.D. & Weil, M.M. (1996). *Easing the transition from paper to computer-based systems*. In: T. Trabin (ed.). *The computerization of behavioral healthcare*. San Francisco: Jossey-Bass.

Slade, M., McCrone, P., Kuipers, E., Leese, M., Cahill, S., Parabiaghi, A., Priebe, S. & Thornicroft, G. (2006). Use of standardised outcome measures in adult mental health services. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 189, 330-336. Doi: 10.1192/bjp.bp.105.015412

Stuurgroep Zichtbare Zorg GGz/ Verslavingszorg. (2011). *Kernset prestatie-indicatoren 2012 Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg. Project Zichtbare Zorg GGz/ Verslavingszorg*. Den Haag: Stuurgroep Zichtbare Zorg GGz/ Verslavingszorg.

Trauer T., Pedwell G. & Gill L. 2009. The effect of guidance in the use of routine outcome measures in clinical meetings. *Australian Health Review*, 33, 144-151.

Van Ham, M. & Reitsma, E. Context – taal en vorm. In: Van Hees, S., Van der Vlist, P. & Mulder, N. (red.). (2011). *Van weten naar meten. ROM in de GGz*. Amsterdam: uitgeverij Boom.

Van Nieuwenhuizen Ch., Schene A.H. & Koeter M.W.J. (2000). *Manchester - verkorte Kwaliteit van Leven meting*. Eindhoven, Institute of Mental Health Care Eindhoven, 2000

Wing, J.K., Beevor, A.S., Curtis, R.H., Park, S.B., Hadden, S. & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18.

Routine Outcome Monitoring in de bemoezorg

Ervaringen in Tilburg met implementatie en toepassing in de praktijk