

In gesprek gaan over ROM in de transculturele psychiatrie

Hoe kunnen sociotherapeuten leren om een goed ROM gesprek te voeren

Afstudeerscriptie

Hanzehogeschool Groningen, Academie voor Sociale Studie, Toegepaste psychologie

Studenten + studentnummer: Elles Meier, 339436 & Romy Vlegels, 346394

Afstudeerbegeleider: Jacquélien Rothfus

Tweede beoordelaar: Dorien Petri

Datum: 03 juni 2019

Opdrachtgever: Hanneke Koenjer

Bedrijf: Centrum voor Transculturele Psychiatrie Veldzicht

In gesprek gaan over ROM in de transculturele psychiatrie

Hoe kunnen sociotherapeuten leren om een goed ROM gesprek te voeren

Afstudeerscriptie

Hanzehogeschool Groningen, Academie voor Sociale Studie, Toegepaste psychologie

Studenten + studentnummer: Elles Meier, 339436 & Romy Vlegels, 346394

Afstudeerbegeleider: Jacquélien Rothfusz

Tweede beoordelaar: Dorien Petri

Datum: 03 juni 2019

Opdrachtgever: Hanneke Koenjer

Bedrijf: Centrum voor Transculturele Psychiatrie Veldzicht

Voorwoord

Voor u ligt de verantwoording die het resultaat is van de afstudeeropdracht voor CTP Veldzicht. De afstudeeropdracht hebben wij uitgevoerd ter afsluiting van de opleiding Toegepaste psychologie aan de Hanzehogeschool in Groningen. CTP Veldzicht heeft ons de kans gegeven om een afstudeeronderzoek binnen haar organisatie te doen en te kunnen laten zien wat een Toegepast psycholoog in de forensische zorgsector kan betekenen.

Graag willen wij onze opdrachtgever CTP Veldzicht bedanken voor de mogelijkheid om bij haar organisatie af te studeren. Daarnaast willen wij onze afstudeerbegeleider Hanneke Koenjer bedanken voor de hulp die zij ons bood bij de afstudeeropdracht. Tijdens ons onderzoek hebben we ook mogen binnen kijken bij andere organisaties, hier willen wij graag het transfore fact team voor bedanken van de Oostvaarderskliniek in Almere. De Oostvaarderskliniek heeft ons veel waardevolle informatie gegeven waaruit inspiratie is gehaald voor het uiteindelijke product. Daarnaast willen wij ook graag de organisatie Dimence bedanken. Tijdens ons bezoek aan Dimence is ons veel verteld over het werken met ROM binnen een organisatie, deze informatie is voor ons waardevol geweest om ideeën uit op te halen. Ook bedanken wij alle sociotherapeuten binnen CTP Veldzicht die tijdens ons onderzoek open zijn geweest over eigen ideeën, meningen en uitgangspunten met betrekking tot ROM. Tot slot willen wij onze afstudeerdocent Jacquélien Rothfusz bedanken voor haar begeleiding tijdens de afstudeerperiode.

Elles Meier & Romy Vlegels
3 juni, 2019

Samenvatting

Deze verantwoording is een afstudeeronderzoek voor de opleiding Toegepaste Psychologie aan de Hanzehogeschool Groningen, in opdracht van Centrum voor Transculturele Psychiatrie (CTP) Veldzicht. CTP Veldzicht is in september 2018 begonnen met Routine Outcome Monitoring (ROM). In de werkwijze van ROM staat dat de sociotherapeuten over ROM in gesprek gaan met de patiënten. CTP Veldzicht heeft aangegeven dat dit nog niet gebeurt. Daarom is er gevraagd om een onderzoek op te starten met als doel het ontwikkelen van een leermiddel waardoor de sociotherapeuten het gesprek kunnen aangaan over ROM met patiënten. De onderzoeksvraag luidt: *“Hoe kan de sociotherapeut leren om in gesprek te gaan over resultaten op Routine Outcome Monitoring vragenlijsten met patiënten binnen de transculturele psychiatrie?”*.

De methode van onderzoek is opgezet aan de hand van het boek van Hoobroeckx en Haak (2002). Zij omschrijven in zes stappen hoe je een goed leermiddel kan ontwerpen. Daarnaast is er in het onderzoek gebruik gemaakt van focusgroepen met sociotherapeuten van verschillende afdelingen en expert interviews met organisaties die ook werken met ROM. Er is ook literatuuronderzoek gedaan naar ROM in het algemeen, belemmerende en bevorderende factoren als het gaat om communicatie met een transculturele doelgroep, shared decision making en herstelondersteunende zorg, hoe professionals leren en tot slot verschillende relevante werkvormen.

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat er verschillende redenen zijn waarom sociotherapeuten het gesprek over ROM niet aangaan. Binnen CTP Veldzicht is onduidelijkheid over ROM in het algemeen, sociotherapeuten hebben gebrek aan tijd, de meerwaarde wordt niet ingezien, de vragenlijsten zijn onbekend voor sociotherapeuten en er is veel weerstand rondom ROM. Het gewenste gedrag dat bereikt moet worden is dat sociotherapeuten; ROM op een begrijpelijke manier kunnen uitleggen, de vragen van patiënten over ROM kunnen beantwoorden, ROM vragenlijsten kennen en weten welke schalen de vragenlijsten bevatten en tenslotte in het elektronisch patiënten dossier ROM kunnen vinden. Uit het gewenste gedrag zijn leerdoelen naar voren gekomen. Er zijn verschillende mogelijke manieren om de sociotherapeuten dit te leren. Binnen deze manieren van leren moeten volgens de sociotherapeuten praktische voorbeelden gebruikt worden. Er is gekozen voor het ontwikkelen van een training omdat sociotherapeuten in de focusgroepen aangeven graag praktisch, theoretisch en van elkaar zouden willen leren.

Voor de training is het ordeningsprincipe ‘processen en procedures’ gekozen. Er is gekozen voor het didactische concept ‘authentiek leren’. Bij dit didactische concept wordt geleerd aan de hand van reële situaties (Hoobroeckx & Haak, 2002). Dit didactische concept valt onder het actief leren. Omdat de leerdoelen van de training voornamelijk op inzicht- en toepassingsniveau zijn, is er gekozen voor het OPOE-model. Het OPOE-model bestaat uit vier fases, namelijk Oriëntatie op de leerstof, Presentatie van de leerstof, Oefening en Evaluatie en toetsing (Hoobroeckx & Haak, 2002). De training is voor deze verantwoording nog niet geëvalueerd. Er wordt wel beschreven hoe geëvalueerd kan worden op reactieniveau, leerniveau, gedragsniveau en resultaatniveau.

Op basis van deze verantwoording is een training opgezet en bij deze training is een draaiboek gemaakt.

Summary

This justification is a graduation thesis for the Applied Psychology programme at Hanze University Groningen, commissioned by the Centre for Transcultural Psychiatry (CTP) Veldzicht. CTP Veldzicht started Routine Outcome Monitoring (ROM) in September 2018. ROM's working method states that the socio-therapists will discuss the ROM with the patients. CTP Veldzicht has indicated that this has not yet happened, or only to a limited extent. For this reason, a research was asked to be started with the aim of developing a learning tool that will enable socio-therapists to engage in conversations with patients about the ROM. The research question is: "How is a socio-therapist able learn how to discuss results regarding Routine Outcome Monitoring questionnaires with patients within the transcultural psychiatry?".

The research method is based on the book by Hoobroeckx and Haak (2002). They describe in six steps how to design a decent learning tool. In addition, the research made use of focus groups with socio-therapists from various departments and expert interviews with organisations that also work with the ROM. Literature research was also carried out into ROM in general, factors that hinder and encourage communication with a transcultural target group, shared decision making, restorative care, how professionals learn and finally, various relevant working methods.

The research revealed that there are various reasons why socio-therapists do not engage discussions about the ROM. Within CTP Veldzicht there is still a great deal of uncertainties about the ROM in general, socio-therapists have a lack of time, the added value is not being recognised, the questionnaires are unknown to socio-therapists and there is a great deal of resistance around the ROM. The desired behaviour to be achieved is for socio-therapists; to be able to explain the ROM in a comprehensible manner, to be able to answer questions from the patients about the ROM, to be familiar with the ROM questionnaires and to know what levels the questionnaires contain and finally to be able to find the ROM in the electronic medical records. Learning objectives have emerged from the desired behaviour. There are various ways of teaching socio-therapists this. According to the socio-therapists, practical examples should be used within these learning methods. It was decided to develop a training course because socio-therapists in the focus groups indicate that they would like to learn from each other in a practical, theoretical and mutual way.

For the training, the ordering principle 'processes and procedures' has been chosen. The didactic concept of 'authentic learning' was chosen. In this didactic concept, learning takes place based on real situations (Hoobroeckx & Haak, 2002). This didactic concept is part of active learning. Because the learning objectives of the training are mainly insight and purpose driven, the OPOE model was chosen. The OPOE model consists of four phases, namely Orientation on the subject matter, Presentation of the subject matter, Exercise and Evaluation and review (Hoobroeckx & Haak, 2002). The training has not yet been evaluated for this responsibility. It does describe how evaluation can be carried out at reaction level, learning level, behavioural level and result level. A training course was set up based on this justification and a script was drawn up for this training.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Summary	5
1. Inleiding	8
1.1 De opdrachtgever: CTP Veldzicht	8
1.2 De doelgroep van CTP Veldzicht	8
1.3 Routine Outcome Monitoring	8
1.4 De opdracht	9
1.4.1 De doelgroep van deze opdracht	10
1.4.2 Doelstelling	10
1.4.3 Probleemstelling en deelvragen	10
1.5 Methode	11
1.5.1 Validiteit en betrouwbaarheid	12
1.6 Deelnemers van het onderzoek	13
1.7 Ethische aspecten	14
1.8 Leeswijzer	14
2. De leernoodzaak	16
2.1 Wijze van onderzoek	16
2.2 Het probleem en de doelgroep	16
2.2.1 Het probleem	16
2.2.2 Betrokkenen	17
2.2.3 Oorzaken van het probleem	18
2.3 Gevolgen	20
2.4 Bestaande gespreksmethodieken ROM	20
2.5 Conclusie	21
3. Analyse van het gewenste gedrag	22
3.1 Wijze van onderzoek	22
3.2 Gewenst gedrag	22
3.3 Belemmerende en bevorderende factoren	24
3.3.1 Communicatiefouten cultuurgerelateerd	24
3.3.2 Motivatie sociotherapeuten	25
3.3.3 Gespreksvaardigheden van sociotherapeuten	25
3.4 Conclusie	26
4. Leerdoelen vaststellen	27
4.1 Wijze van onderzoek	27
4.2 De mogelijke oplossing	27

4.3 Leerdoelen	28
5. Leerstof ordenen	29
5.1 Wijze van onderzoek	29
5.2 Het ordeningsprincipe	29
5.3 Organiserend schema	30
5.4 Conclusie	31
6. Didactisch vormgeven	32
6.1 Wijze van onderzoek	32
6.2 Wijze waarop de doelgroep leert	33
6.2.1 Theorieën over leren	33
6.2.2 Hoe willen sociotherapeuten leren	33
6.3 Didactisch concept	34
6.4 Didactisch model	35
6.5 Didactische werkvormen	35
6.6 Conclusie	36
7. Evalueren	37
7.1 Wijze van onderzoek	37
7.2 Evaluatieplan	38
7.2.1 Keuze van evaluatieniveaus	38
7.2.2 Betrokkenen bij het evalueren	38
7.2.3 Moment van evalueren	38
7.2.4 Keuze van meetinstrument	39
7.2.5 Verwerking van de evaluatiegegevens	40
7.2.6 Gedragsverandering die van toepassing is na de training	40
7.3 Conclusie	40
8. Discussie	41
9. Aanbevelingen	43
9.1 Aanbevelingen voor de training	43
9.2 Aanbevelingen met betrekking tot ROM in het algemeen	43
9.3 Aanbevelingen aan CTP Veldzicht	44
Literatuurlijst	45
Bijlage 1: Interviewschema's	48
Bijlage 2: Opzet focusgroepen	50
Bijlage 3: Formulier 'Zorgvuldig omgaan met proefpersonen'	51
Bijlage 4: Brief en toestemmingsverklaring deelnemers	58
Bijlage 5: De randvoorwaarden	60
Bijlage 6: Het draaiboek	61

1. Inleiding

“ROM is good clinical practice. Het is daarom aan de behandelaar om ROM goed in te zetten” (Erenstein, in Maassen, 2017). Binnen Centrum voor Transculturele Psychiatrie (CTP) Veldzicht heeft Routine Outcome Monitoring (ROM) in september 2019 zijn intrede gemaakt. ROM is de behandeling meten met behulp van een testbatterij. ROM introduceren binnen Veldzicht is inmiddels gelukt. Helaas wordt ROM op dit moment nog niet benut door sociotherapeuten op verschillende afdelingen. De ROM vragenlijsten worden wel afgenomen, maar de sociotherapeuten gaan nog niet in gesprek met patiënten over de resultaten op ROM vragenlijsten. CTP Veldzicht heeft daarom gevraagd om onderzoek te doen naar hoe sociotherapeuten kunnen leren om over ROM in gesprek te gaan met patiënten. Dit onderzoek is geschreven in het kader van de afstudeeropdracht ROM in de transculturele psychiatrie.

1.1 De opdrachtgever: CTP Veldzicht

De opdracht wordt uitgevoerd voor het Centrum voor Transculturele Psychiatrie (CTP) Veldzicht te Balkbrug. CTP Veldzicht is onderdeel van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Veldzicht is in 1894 geopend als een rijksopvoedingsgesticht. Daarvoor was op de locatie van Veldzicht een bedelaarsgesticht gevestigd. Nadat het rijksopvoedingsgesticht in 1930 werd gesloten, werd Veldzicht in 1933 een tbs-kliniek. Veldzicht was de eerste tbs-kliniek in Nederland. Door de krimp in de tbs-sector dreigde Veldzicht te moeten sluiten, maar dit is voorkomen. In 2016 is Veldzicht van tbs-kliniek veranderd naar CTP Veldzicht (ctpveldzicht.nl, z.d.).

1.2 De doelgroep van CTP Veldzicht

CTP Veldzicht is er voor mensen met complexe psychiatrische problematiek. De meeste patiënten die bij CTP Veldzicht verblijven hebben een niet-Nederlandse culturele achtergrond en sommigen een forensische zorgtitel (ctpveldzicht.nl, z.d.). CTP Veldzicht heeft verschillende doelgroepen. Er zijn een aantal forensisch psychiatrische doelgroepen, zoals; vreemdelingen in strafrecht (VRIS), vreemdelingen met tbs, tbs intensive care patiënten en overige forensische zorg patiënten. Daarnaast zijn er ook doelgroepen die niet forensisch zijn, namelijk; asielzoekers, bestuursrechtelijk vreemdelingen, ongedocumenteerden en ggz intensieve zorg patiënten. Alle patiënten in CTP Veldzicht lijden aan psychiatrische problematiek, bijvoorbeeld; persoonlijkheidsstoornis, posttraumatische stressstoornis (PTSS) of borderline (ctpveldzicht.nl, z.d.).

1.3 Routine Outcome Monitoring

De afstudeeropdracht wordt uitgevoerd binnen het project Routine Outcome Monitoring (ROM). De Jong en Van 't Spijker (2013) definiëren ROM als een manier om de behandeluitkomsten tijdens de behandeling te volgen. Dit gebeurt routinematig, bijvoorbeeld om de drie maanden, door middel van vragenlijsten. ROM heeft verschillende doelstellingen, op micro-, meso- en macroniveau. ROM wordt gebruikt om te kijken naar het behandelverloop van de individuele patiënt (microniveau), voor wetenschappelijk onderzoek (mesoniveau) en voor benchmarking (macroniveau) (De Jong & Van 't Spijker, 2013).

Microniveau betekent: “zorgverlening op het niveau van de zorg aan individuele patiënten” (Encyclo, z.d.). Het doel van ROM op microniveau is om te kijken naar het behandelverloop van de patiënt (De Jong & Van ‘t Spijker, 2013). Dit wordt gedaan door kennis te nemen van de antwoorden die de patiënt geeft op gestandaardiseerde vragenlijsten. Op die manier wordt niet alleen gekeken naar de klinische kennis van de therapeut, maar ook naar de ervaringen van de patiënt. Dit is een vorm van ‘evidence-based behandelen’ (Tiemens & De Jong, 2011). In de ggz wordt ROM gezien als verplicht onderdeel van de behandeling en als manier om de behandeling te evalueren. Door middel van verschillende metingen krijgen de patiënt en zijn behandelaar een beeld van het beloop van de klachten. De uitkomsten van de metingen kunnen een reden zijn om de behandeling tijdig bij te sturen of aan te passen. ROM is daarom een instrument om de kwaliteit van zorg hoog te houden of te verbeteren (Van Ham & Reitsma, 2011).

Daarnaast heeft ROM een doel op macroniveau, namelijk benchmarking. Benchmarking is een manier om uitkomsten van ROM tussen verschillende zorgaanbieders met elkaar te vergelijken, wat leidt tot kwaliteitsverbetering. Daarnaast wordt benchmarken gebruikt om verantwoording af te leggen bij bijvoorbeeld de zorgverzekeraar zodat de zorgaanbieder niet financieel gekort wordt (Barendregt, 2015).

Binnen CTP Veldzicht wordt middels ROM de problematiek, het recidiverisico en de patiënttevredenheid in kaart gebracht. Dit wordt gedaan aan de hand van verschillende vragenlijsten en instrumenten. Voor de problematiek zijn dit de volgende vragenlijsten: HoNOS, BSI, EQ-5D, Social Defeat Scale en BDHI-D. Met de HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) kan in kaart gebracht worden hoe het sociaal en geestelijk functioneren van een patiënt op een bepaald moment is (Burns, Beevor, Lelliott, Wing, Blakey, Orrell, Mulunga, Hadden, 1999). De BSI (Brief Symptom Inventory) is een zelfinvulvragenlijst die mogelijk symptomen van psychopathologie bij de patiënt kan weergeven (Beurs, 2006). De EQ-5D brengt de kwaliteit van leven van een patiënt in kaart door middel van een aantal korte vragen over vijf dimensies: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn of klachten en stemming. Daarnaast bevat de EQ-5D een schaalvraag over de gezondheidstoestand (Van Reenen & Oppe, 2015). De Social Defeat meet hoe iemand tegen zijn eigen positie in het leven aankijkt. De BDHI-D meet de neiging tot hostiliteit en agressief gedrag aan de hand van een zelfrapportage vragenlijst (Lange, Hoogendoorn, Wiederspahn & Beurs, 2005). Om het recidiverisico in kaart te brengen worden de instrumenten HKT-R en Saprof gebruikt. De HKT-R is een risicotaxatie instrument over het risico op gewelddadige recidive van forensisch psychiatrische patiënten (Spreen, Brand, Ter Horst & Bogearst, 2013). De patiënttevredenheid wordt gemeten aan de hand van de CQI vragenlijst.

Deze vragenlijsten en instrumenten worden bij alle patiënten die binnen CTP Veldzicht verblijven afgenomen. De informatie en resultaten op de vragenlijsten worden gebruikt bij de behandelplanbespreking van de patiënt. Aan de hand van deze informatie kan de behandeling eventueel worden bijgesteld.

1.4 De opdracht

Het onderzoek houdt zich bezig met ROM op microniveau, namelijk over de uitkomsten van ROM in gesprek gaan met de patiënt. CTP Veldzicht is in september jongstleden gestart met de eerste uitvoeringsfase van ROM. Daarvoor werd het behandelverloop niet routinematig gemeten, door middel van vragenlijsten. De reden dat CTP Veldzicht ROM heeft ingezet, is omdat ROM een verplicht

meetinstrument is binnen de ggz. De ROM vragenlijsten worden afgenomen, maar uit gesprekken tijdens ROM bijeenkomsten en focusgroepen met sociotherapeuten is gebleken dat de sociotherapeuten nog niet weten hoe zij in gesprek moeten gaan over de resultaten op ROM vragenlijsten met patiënten. Hier dient een plan voor gemaakt te worden.

1.4.1 De doelgroep van deze opdracht

De doelgroep van deze opdracht zijn alle sociotherapeuten binnen CTP Veldzicht. Sociotherapeuten binnen CTP Veldzicht zijn verantwoordelijk voor de dagelijkse begeleiding en behandeling van patiënten. Sociotherapeuten hebben een belangrijk aandeel bij ROM. Binnen CTP Veldzicht worden ROM vragenlijsten afgenomen door onderzoeksassistenten. Onderzoeksassistenten voeren de antwoorden op de vragenlijsten in het elektronische patiënten dossier (EPD). Vervolgens schrijven de onderzoeksassistenten een rapportage die de resultaten samenvat. Deze rapportage komt in het EPD. De sociotherapeuten hebben toegang tot de resultaten middels het EPD. Het is de bedoeling dat de sociotherapeuten over de resultaten in gesprek gaan met de patiënt. Daardoor wordt de patiënt op de hoogte gebracht van de resultaten op de vragenlijsten. De sociotherapeut kan dan vragen aan de patiënt wat hij of zij van de resultaten vindt en of hij of zij de resultaten herkent. De sociotherapeut kan vervolgens bespreken met de patiënt wat hij of zij nodig heeft en zo nodig in gesprek gaan met de hoofdbehandelaar om de behandeling aan te passen.

1.4.2 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is erachter te komen hoe sociotherapeuten kunnen leren om het gesprek over ROM met patiënten aan te gaan. Middels dit onderzoek zal in kaart worden gebracht wat noodzakelijk is om te leren en wat sociotherapeuten moeten kunnen om een goed ROM gesprek te voeren. Ook wordt onderzocht hoe deze vaardigheden aangeleerd kunnen worden. Aan de hand van deze inzichten zal een keuze worden gemaakt in wat voor soort leermiddel nodig is en wordt deze ontworpen.

1.4.3 Probleemstelling en deelvragen

Naar aanleiding van de opdracht en doelstelling is de volgende hoofdvraag opgesteld: *“Hoe kan de sociotherapeut leren om in gesprek te gaan over resultaten op Routine Outcome Monitoring vragenlijsten met patiënten binnen de transculturele psychiatrie?”*

Voortvloeiend uit de hoofdvraag zijn de volgende deelvragen tot stand gekomen:

1. Wat is de leernoodzaak van de sociotherapeuten bij het in gesprek gaan over ROM resultaten met patiënten?
2. Wat is het gewenste gedrag van de sociotherapeuten bij het in gesprek gaan over ROM resultaten met patiënten
3. Wat zijn de leerdoelen van de sociotherapeuten bij het leren over in gesprek gaan over ROM resultaten met patiënten?
4. Hoe moet de leerstof over in gesprek gaan over ROM resultaten met patiënten worden geordend in het leermiddel?
5. Hoe moet het leermiddel didactisch worden vormgegeven?
6. Hoe moet het leermiddel worden geëvalueerd?

1.5 Methode

Binnen dit onderzoek zal er een ontwerp plaatsvinden aan de hand van het boek Onderwijskundig ontwerpen (Hoobroeckx & Haak, 2002). Er is gekozen voor de methode van Hoobroeckx & Haak (2002) omdat dit boek meerdere methodes beschrijft om een stevige basis van een ontwerp als leermiddel neer te zetten. De deelvragen zijn opgesteld aan de hand van de stappen van Hoobroeckx en Haak (2002). Bij elk hoofdstuk van het boek van Hoobroeckx en Haak (2002) past een deelvraag. Elk hoofdstuk geeft hierdoor antwoord op een deelvraag. Op die manier worden alle stappen van Hoobroeckx en Haak doorlopen.

Om de deelvragen te beantwoorden zullen focusgroepen en diepte-interviews georganiseerd worden. Er is voor deze manier van dataverzameling gekozen omdat het belangrijk is zoveel mogelijk input te krijgen van respondenten die tegen het probleem aanlopen. Er is voor diepte-interviews en focusgroepen gekozen omdat dit methodes zijn om in korte tijd veel informatie te krijgen. Daarnaast gaat het bij dataverzameling binnen dit onderzoek vooral om de meningen van sociotherapeuten. Bij focusgroepen en diepte-interviews is er de mogelijkheid om door te vragen. Bij de focusgroepen is er ook de mogelijkheid voor respondenten om op elkaar te reageren. Dit kan relevante informatie opleveren (Hoobroeckx & Haak, 2002).

De focusgroepen zullen gedaan worden met sociotherapeuten van verschillende afdelingen. De focusgroepen worden zoveel mogelijk aselekt samengesteld. Dat wil zeggen dat de samenstelling zo willekeurig mogelijk wordt gekozen. Om de focusgroepen samen te stellen zal van iedere afdeling een sociotherapeut worden gevraagd. Hiervoor worden in totaal negentien sociotherapeuten uitgenodigd. De focusgroepen zullen allebei één uur duren. Ketelaar, Hentenaar, en Kooter (2011) beschrijven vier doelen die bereikt kunnen worden met het inzetten van focusgroeponderzoeken, namelijk: verkennen, bevestigingen, ontwikkelen en doorgronden. Bij dit onderzoek zal het doel 'verkennen' worden ingezet. Dit doel is passend wanneer over het onderwerp nog weinig bekend is en waarover nieuwe invalshoeken nuttig zijn voor een mogelijke oplossing (Ketelaar, Hentenaar, & Kooter, 2011). In totaal zullen er twee focusgroepen gehouden worden. De focusgroepen zullen allebei één uur duren. De opzet van de focusgroepen (zie bijlage 2) is opgesteld in samenwerking met de opdrachtgever en volgens het doel verkennen.

Ook zal een veldonderzoek worden gedaan bij andere instellingen die ook werken met ROM. Hierbij zal gebruik worden gemaakt van diepte-interviews. Het veldonderzoek heeft als doel om erachter te komen hoe andere instellingen over ROM resultaten in gesprek gaan met patiënten en of zij daarbij ook tegen problemen aanlopen. Op die manier wordt het gewenste gedrag in kaart gebracht en wordt onderzocht op welke manier andere organisaties het probleem verholpen hebben. Deze informatie kan worden meegenomen in het didactisch vormgeven van het leermiddel. Voor het veldonderzoek zijn zes instellingen benaderd. Bij het selecteren van instellingen wordt gekeken naar instellingen met ook een forensische en/of transculturele psychiatrische doelgroep. De interviews voor het veldonderzoek zullen ongeveer een uur duren per interview. Er wordt geïnterviewd volgens een zacht-directieve interviewstijl (Van Waveren, 2015). Van Waveren (2015) beschrijft deze interviewstijl als een stijl waarbij de interviewer de respondent op een gestructureerde manier door zijn eigen verhaal leidt. Directief betekent dat de interviewer het gesprek leidt maar dat de respondent wel de mogelijkheid krijgt om soms af te dwalen. Er is gekozen voor deze vorm van interviewen omdat deze

vorm vaak de meest relevante informatie in korte tijd naar boven brengt (Van Waveren, 2015). Met de meest relevante informatie wordt de informatie bedoeld die daadwerkelijk gebruikt wordt voor de dataverwerking van het onderzoek, zoals ideeën en statements. Het interviewschema (zie bijlage 1) is opgesteld in samenwerking met de opdrachtgever. De opdrachtgever heeft verteld wat relevant is om uit te vragen.

De interviews van het veldonderzoek en de focusgroepen zullen na afloop worden getranscribeerd. Om dit zo goed mogelijk te kunnen doen worden tijdens de interviews en focusgroepen audio opnames gemaakt. De transcripten zullen vervolgens worden gecodeerd. Het coderen wordt inductief gedaan. Dit houdt in dat de codes na afloop van de interviews worden opgesteld, aan de hand van de onderwerpen die aan bod zijn gekomen. Er zal een selectie gemaakt worden van veel voorkomende antwoorden met hetzelfde onderwerp, bijvoorbeeld antwoorden die allemaal passen bij de oorzaak van het probleem. Hierdoor kunnen de uitkomsten van de focusgroepen en interviews gebruikt worden bij het beantwoorden van de verschillende deelvragen.

Om de leernoodzaak in kaart te brengen zullen er observaties plaatsvinden. Dit zal gedaan worden tijdens de maandelijkse ROM overleggen. In deze overleggen komen alle aandachtsfunctionarissen van ROM samen, om te overleggen over alles rondom ROM. Van elke afdeling binnen CTP Veldzicht is een sociotherapeut aangewezen als aandachtsfunctionaris ROM. Op deze manier is op elke afdeling een aanspreekpunt. Er zal worden geobserveerd wat de aandachtsfunctionarissen zeggen over de huidige situatie rondom ROM op hun afdeling. Van ROM bijeenkomsten worden notulen gemaakt, deze worden meegenomen in het onderzoek naar de leernoodzaak.

Tenslotte zal ook literatuuronderzoek worden verricht om te kijken naar het gewenste gedrag, maar ook om in kaart te brengen hoe professionals het beste kunnen leren. Daarnaast zal in de literatuur op zoek worden gegaan naar geschikte werkvormen die gebruikt kunnen worden in een leermiddel. Ook wordt gezocht naar manieren hoe na afloop van de leersituatie met de sociotherapeuten het beste kan worden geëvalueerd.

In elk hoofdstuk zal dieper in worden gegaan op de wijze van onderzoek bij de specifieke deelvraag van het hoofdstuk. Er zal worden aangegeven op welke wijze de deelvraag is onderzocht en hoe het antwoord op de deelvraag tot stand is gekomen. Dit wordt per deelvraag gedaan omdat elk hoofdstuk en elke deelvraag weer een kleiner onderzoek is, in het gehele onderzoek. Op die manier blijft overzichtelijk hoe elk hoofdstuk tot stand is gekomen.

1.5.1 Validiteit en betrouwbaarheid

Binnen het onderzoek is er rekening gehouden met validiteit en betrouwbaarheid. Er wordt voornamelijk gewerkt met indrukvaliditeit. Dit betekent dat de meting voornamelijk is gebaseerd op een indruk en niet wetenschappelijk is, maar dat je de meting wel kunt beredeneren (Verhoeven, 2018). Daarnaast wordt in dit onderzoek gestreefd naar een hoge mate van interne validiteit (Plochg, Juttman, Klazinga & Mackenbach, 2006). Dit wil zeggen dat er letterlijk gevraagd zal worden naar wat de sociotherapeuten willen leren, waar de behoefte ligt en op welke manier zij dit gedrag willen aanleren. Ook wordt in de literatuur gezocht naar informatie die daadwerkelijk antwoord geeft op de onderzoeksvragen. De validiteit van dit onderzoek zal uiteindelijk worden geëvalueerd in de discussie

(hoofdstuk 8). Op die manier wordt er teruggeblikt of het invloed heeft gehad op de resultaten van dit onderzoek.

Dit onderzoek wordt gedaan door twee onderzoekers. Volgens Plochg, Juttman, Klazinga en Mackenbach (2006) kan dit de betrouwbaarheid beïnvloeden als er bijvoorbeeld door verschillende onderzoekers interviews worden gedaan. Er wordt rekening gehouden met de betrouwbaarheid doordat de interviews en focusgroepen samen zullen worden gedaan. Hierdoor worden in de interviews dezelfde vragen gesteld, op dezelfde manier en in dezelfde stijl. Wanneer dit niet samen wordt gedaan maar apart van elkaar, kan het zijn dat de ene onderzoeker andere vragen stelt dan de andere onderzoeker wat de resultaten op het onderzoek beïnvloedt.

1.6 Deelnemers van het onderzoek

Tijdens de ontwikkeling van het ontwerp is veldonderzoek bij andere instellingen die ook met ROM werken. Zes instellingen zijn benaderd en uiteindelijk hebben er twee expert interviews plaatsgevonden. De overige instellingen waren niet in de mogelijkheid tot responderen.

Het eerste expert interview is gehouden bij de organisatie Dimence groep. Dimence biedt psychische zorg aan de mensen in haar regio (Over Dimence, z.d.). Het interview is gehouden met een man met als functie Stafadviseur Onderzoek en Innovatie. Het interview vond plaats in Deventer op 20 februari 2019. Het tweede expert interview is gehouden met een vrouw werkzaam bij het ForFACT-team van de Oostvaarderskliniek in Almere. Het ForFACT-team biedt ambulante begeleiding en behandeling aan forensisch psychiatrische patiënten ("ForFACT/ambulante zorg", z.d.). Het interview is gehouden op 11 maart 2019, in het algemene kantoor van het ForFACT-team in Almere.

Daarnaast zijn er focusgroepen gehouden. De eerste focusgroep vond plaats op 25 maart 2019. Hierbij waren vijf deelnemers aanwezig, allen werkzaam als sociotherapeut binnen CTP Veldzicht. Bij deze focusgroepen waren vier vrouwen en een man aanwezig van verschillende afdeling. Dit zijn onder andere afdelingen met tbs patiënten en asielzoekers met psychiatrische problematiek. De deelnemers zijn tussen de 2 maanden en 30 jaar werkzaam bij CTP Veldzicht.

De tweede focusgroep vond plaats op 28 maart 2019. Hierbij waren twee sociotherapeuten aanwezig, een man en een vrouw. Beide zijn werkzaam op een afdeling voor overige forensische zorg.

Voor de observatie zijn in totaal vier ROM overleggen geobserveerd. Hierbij waren vijf tot negentien aandachtsfunctionarissen aanwezig. De aandachtsfunctionarissen zijn werkzaam op de verschillende afdelingen van CTP Veldzicht.

De patiënten binnen CTP Veldzicht worden bij dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. De reden hiervoor is omdat binnen het tijdsbestek wat voor dit onderzoek staat, het niet haalbaar is om de behoefte van de patiënten ook te onderzoeken. Een andere reden waarom de behoefte van de patiënten niet wordt onderzocht, is omdat dit wegens ethische aspecten lastig is. Patiënten zijn niet altijd wilsbekwaam om toestemming hiervoor te geven. Niet alle patiënten kunnen bijvoorbeeld het doel van het onderzoek begrijpen of zij kunnen de gevolgen hiervan niet overzien. Doordat niet alle patiënten deze keuze bewust kunnen maken, is ervoor gekozen om geen risico te nemen en de patiënten buiten beschouwing te laten.

1.7 Ethische aspecten

Tijdens de ontwikkeling van het ontwerp is de privacy van alle respondenten belangrijk. Gegevens die betrekking hebben op de respondenten zullen geanonimiseerd worden. Dit houdt in dat namen of andere gegevens niet genoemd zullen worden, zowel in het plan van aanpak als de scriptie. Dit wordt gewaarborgd door na het transcriberen eventuele opnames van interviews te verwijderen. Ook in de transcripten worden geen namen genoemd van respondenten en zijn ook geen namen te achterhalen.

De informatie die wordt verkregen bij andere instellingen zal enkel worden gebruikt voor het ontwikkelen van een leermiddel. Vanzelfsprekend zal zeer zorgvuldig worden gewerkt met verkregen data. Verkregen data zal niet worden verstrekt aan derden zonder dat daar toestemming voor verkregen is van de respondenten.

Het mailcontact wat met de respondenten zal na afloop van de afstudeerperiode en het verkrijgen van de beoordeling worden verwijderd. Hierdoor is het niet te achterhalen wie hebben meegewerkt aan het onderzoek.

Na het transcriberen van de interviews en focusgroepen zullen de audio opnames verwijderd worden. De respondenten worden hiervan op de hoogte gesteld middels een brief. Bij deze brief zit een toestemmingsverklaring welke zij kunnen ondertekenen of bezwaar kunnen maken (zie bijlage 4).

Respondenten worden voorafgaand aan het interview of de focusgroep op de hoogte gebracht van het onderzoek. Dit wordt gedaan middels een brief. Daarnaast zal tijdens de opening van het interview of de focusgroep worden uitgelegd wat het doel is. Hierbij wordt benoemd dat CTP Veldzicht de opdrachtgever is en welke belangen de opdrachtgever heeft. Ook wordt benoemd welke rol ze spelen binnen het onderzoek en wat van hen als respondent verwacht wordt.

Respondenten kunnen op elk moment stoppen en van de medewerking aan het onderzoek af zien. Dit wordt benoemd in de brief die zijn voorafgaand aan het interview of de focusgroep ontvangen.

1.8 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 richt zich op de leernoodzaak van de doelgroep sociotherapeuten. Hierbij wordt het probleem van de opdrachtgever toegelicht en aandacht besteed aan de huidige situatie. In hoofdstuk 3 volgt een analyse van gewenst gedrag. Er wordt ingegaan op hoe de situatie eruit ziet als het probleem er niet is en welk gedrag sociotherapeuten dan vertonen. In hoofdstuk 4 worden de leerdoelen vastgesteld. De leerdoelen zetten het gewenste gedrag om in concrete, meetbare leerdoelen. Dit geeft weer wat de sociotherapeuten moeten kunnen na het volgen van het leermiddel. In hoofdstuk 5 zal de leerstof worden geordend. Hierbij wordt gekeken naar wanneer welk leerdoel behaald kan worden en op welke volgorde de leerdoelen aan bod zouden moeten komen. Hoofdstuk 6 gaat over het didactisch vormgeven. Hierbij worden werkvormen gekozen welke uiteindelijk in het leermiddel aan bod komen. Bij hoofdstuk 7 ligt de nadruk op het evalueren. Er wordt een advies gegeven aan de trainer hoe tijdens en na de training kan worden geëvalueerd. Hoofdstuk 8 richt zich op de discussie van de scriptie. Hierbij wordt teruggeblikt op de werkwijze en de uitvoering van dit onderzoek. Tot slot besteed hoofdstuk 9 aandacht aan de aanbevelingen die voortvloeien uit het onderzoek.

Deze verantwoording bevat zes bijlagen. In bijlage 1 is het interviewschema van de veldonderzoeken te vinden. De opzet van de focusgroepen is bijgevoegd in bijlage 2. Het ingevulde formulier 'zorgvuldig omgaan met proefpersonen' staat in bijlage 3. In bijlage 4 is de brief met alle uitleg over het onderzoek en de toestemmingsverklaring die de deelnemers hebben gekregen toegevoegd. De randvoorwaarden voor een leermiddel vanuit de opdrachtgever staan beschreven in bijlage 5. Tot slot is in bijlage 6 het draaiboek van de training te vinden.

2. De leernoodzaak

Bij het vaststellen van de leernoodzaak wordt gekeken naar wat de huidige situatie is, wat de sociotherapeuten nu doen om in gesprek te gaan met patiënten over ROM en wat daarin nog verbeterd zou kunnen worden. De leernoodzaak wordt vastgesteld om te kijken of er sprake van een probleem is en of het probleem met een vorm van leren kan worden opgelost. Om de leernoodzaak te kunnen vaststellen wordt in dit hoofdstuk antwoord gegeven op de deelvraag: “Wat is de leernoodzaak van de sociotherapeuten bij het in gesprek gaan over ROM met patiënten?”. Om de deelvraag te kunnen beantwoorden wordt er antwoord gegeven op de volgende subdeelvragen:

Deelvraag 1.1: Wat is het probleem?

Deelvraag 1.2: Welke partijen zijn bij het probleem betrokken?

Deelvraag 1.3: Wat zijn de oorzaken van het probleem?

Deelvraag 1.4: Wat zijn de gevolgen als het probleem niet wordt opgelost?

Deelvraag 1.5: Welke middelen binnen CTP Veldzicht om over ROM in gesprek te gaan zijn er al?

2.1 Wijze van onderzoek

Volgens Hoobroeckx & Haak (2002) is de eerste stap van een ontwerp ‘de leernoodzaak vaststellen’. Om erachter te komen wat de leernoodzaak is, is er veldonderzoek verricht. Allereerst zijn de wensen vanuit de organisatie in kaart gebracht. Om dit in kaart te brengen is overlegd met de opdrachtgever en sociotherapeuten van verschillende afdelingen binnen Veldzicht. Dit overleg is gebeurd door middel van diepte-interviews en focusgroepen. De data is verzameld middels diepte-interviews en focusgroepen omdat het belangrijk is om zoveel mogelijk input te krijgen van respondenten die tegen het probleem aan lopen. Zie voor verdere uitleg hoofdstuk 1.5 methode. Om erachter te komen wat precies de leernoodzaak is, is aan de sociotherapeuten gevraagd hoe de huidige situatie eruit ziet. Er is gevraagd naar wat zij op dit moment al kunnen en doen met betrekking tot ROM. Daarna is gevraagd tegen welke struikelblokken zij aanlopen met betrekking tot ROM. Voor de opzet en agenda van de focusgroepen wordt verwezen naar bijlage 2.

Er is ook een veldonderzoek gedaan bij organisaties die met dezelfde doelgroep als CTP Veldzicht te maken hebben en ook gebruik maken van ROM. Het doel van het veldonderzoek is toegelicht in hoofdstuk 1.5 Methode.

Verder zijn voor het in kaart brengen van de leernoodzaak de maandelijkse ROM overleggen gebruikt. Op welke manier en hoe vaak er geobserveerd is staat beschreven in hoofdstuk 1.5 Methode.

2.2 Het probleem en de doelgroep

2.2.1 Het probleem

Deelvraag 1.1: Wat is het probleem?

ROM is sinds september 2018 geïmplementeerd binnen CTP Veldzicht. ROM vragenlijsten worden afgenomen bij alle patiënten door onderzoeksassistenten. De onderzoeksassistenten zorgen ervoor dat de resultaten van ROM worden verwerkt in het EPD en schrijven een rapportage over eventuele opvallendheden en/of verschillen uit de vorige afname. Uit de focusgroepen kwam naar voren dat de sociotherapeuten niet tot nauwelijks in gesprek gaan met patiënten over ROM. Een citaat van een

sociotherapeut is als volgt: *‘Nee, nog nooit. Ik heb hem nu twee keer zelf ingevuld voor een behandelplanbespreking, maar ik heb hem nog niet teruggekoppeld. Nog nooit nee’.*

Van alle sociotherapeuten welke gesproken zijn, gaf één iemand aan in gesprek te zijn gegaan over de resultaten van ROM met een patiënt. Zij zei hierover het volgende: *‘Toen ik nog op (naam afdeling) werkte heb ik een mailtje gehad van een van jullie misschien of jullie klasgenoten. Waarbij toen een hele rapportage stond, dat heb ik toen teruggekoppeld aan de patiënt.’* Na doorvragen geeft zij aan dat dat toen op zich prima ging. Op de vraag waarom dit toen goed ging gaf zij aan: *‘Het was voor mij gewoon duidelijk op de mail gezet en dat kon ik terugkoppelen. Ik hoefde niet eerst nog 10 tegeltjes langs om er te komen of nog grafieken gaan uitpuzzelen van wat ze allemaal toch betekenen of zo’.* Op de vraag hoe de patiënt het gesprek oppakte antwoordde ze: *“Nou wel goed want heel veel dingen kwamen ook wel overeen er zat niet een heel verschil in ofzo. Dus dat was opzich wel oké”.* De sociotherapeut gaf aan dat ze het fijn vond dat ze de resultaten van de lijsten via de mail ontving, zodat ze toen gelijk kon gaan terugkoppelen. Het probleem is dat nog niet alle sociotherapeuten in gesprek gaan over de resultaten van ROM.

2.2.2 Betrokkenen

Deelvraag 1.2: Welke partijen zijn bij het probleem betrokken?

Bij het probleem is de opdrachtgever betrokken. De opdrachtgever is in dit geval CTP Veldzicht. Onder de opdrachtgever valt de projectmanager van ROM, Hanneke Koenjer. Hanneke heeft als taak om ROM te implementeren binnen CTP Veldzicht. Ook zorgt Hanneke ervoor dat ROM wordt uitgevoerd binnen CTP Veldzicht. Daarnaast is zij het belangrijkste aanspreekpunt als het gaat om ROM binnen CTP Veldzicht. Als de ROM niet wordt uitgevoerd, zullen er ook geen resultaten zijn om over in gesprek te gaan.

Daarnaast zijn ook een groot aantal medewerkers betrokken bij het probleem. Voornamelijk de sociotherapeuten die verantwoordelijk zijn voor de dagelijkse behandeling en begeleiding van patiënten. De Sociotherapeuten hebben in het uitvoeren van ROM een belangrijk aandeel. Het is de taak van de sociotherapeut om over ROM in gesprek te gaan met patiënten. Tot nu toe gebeurt dit nog niet waardoor de sociotherapeuten onderdeel zijn van het probleem.

De patiënten zijn ook betrokken bij het probleem. Omdat de vragenlijsten van ROM zelfinvulvragenlijsten betreffen, kunnen de patiënten zelf aangeven hoe zij hun eigen gezondheid ervaren en of zij tevreden zijn over de behandeling die zij krijgen van CTP Veldzicht. Het is voor de patiënten belangrijk dat zij een terugkoppeling krijgen van de resultaten op de vragenlijsten. Dit is voor hen belangrijk omdat zij op die manier kunnen meebeslissen over de vorm van behandeling en behandeldoelen. Daarnaast krijgen zij hierdoor inzicht in hoe zij gescoord hebben op vragenlijsten over fysieke en psychische problematiek, recidiverisico en patiënttevredenheid. Zoals besproken in hoofdstuk 1.6 worden de patiënten binnen dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Hoofdbehandelaren zijn ook betrokken bij het probleem. Hoofdbehandelaren hebben de taak de behandeling aan te passen indien dit nodig blijkt. De sociotherapeut kan, wanneer blijkt uit het ROM gesprek met de patiënt dat de behandeling aangepast moet worden, naar de hoofdbehandelaar van de betreffende patiënt toestappen. De sociotherapeut, hoofdbehandelaar en patiënt kunnen dan

samen overleggen hoe ze de behandeling op een andere manier willen vormgeven. De behandeling mag alleen worden aangepast in overleg met de hoofdbehandelaar.

Tenslotte zijn ook de onderzoeksassistenten betrokken bij het probleem. De onderzoeksassistenten zijn verantwoordelijk voor het schrijven van een rapportage over de uitkomsten van ROM. Het is de bedoeling dat de rapportage met de resultaten van ROM een handvat geeft aan de sociotherapeut om in gesprek te gaan met de patiënt. De rapportages van de onderzoeksassistenten staan in verband met het probleem omdat de sociotherapeuten gebruik moeten maken van de rapportages die de onderzoeksassistenten schrijven.

2.2.3 Oorzaken van het probleem

Deelvraag 1.3: Wat zijn de oorzaken van het probleem?

Onderstaande informatie is voortgekomen uit beide focusgroepen.

Onbekendheid over ROM in het algemeen

Een van de belangrijkste redenen die terug kwamen tijdens de focusgroepen met de sociotherapeuten, is dat ROM vrij nieuw is en dat de meeste sociotherapeuten zich er nog niet in verdiept hebben. Op de vraag of ze precies weten wat ROM inhoudt reageert een sociotherapeut *'Nee, (noemt naam andere sociotherapeut) is aandachtsfunctionaris van ROM en houdt zicht met ROM bezig'*. Elke afdeling heeft een aandachtsfunctionaris van ROM wat inhoudt dat zij naar de maandelijkse ROM bijeenkomsten komen en aanspreekpunt zijn voor hun eigen team als het gaat om ROM zaken. Hierdoor blijkt dat veel sociotherapeuten het gevoel hebben dat zij zich niet met ROM bezig hoeven te houden.

Dat veel sociotherapeuten nog niet weten wat ROM precies is en wat het inhoudt blijkt ook uit de volgende uitspraak tijdens de focusgroep. Een sociotherapeut zei over de huidige stand van zaken op haar afdeling met betrekking tot ROM: *'Nouja als ik bij ons kijk, toevallig vanmorgen vroeg ik iets over ROM. "Wat ROM? Ik weet niet wat dat is". Dus het is niet heel erg bekend.'*

Er is binnen CTP Veldzicht nog veel onduidelijkheid over ROM. Een sociotherapeut zegt ook: *'nu doen we allemaal maar wat'*. Tijdens de focusgroepen kwam de onduidelijkheid naar voren, er werden vragen gesteld over inhoudelijke zaken van ROM zoals hoe de vragenlijsten eruit zien, of hoe vaak we de vragenlijsten afnemen. Een sociotherapeut vraagt: *'Hoeveel tijd zit er tussen een eerste en een tweede afname van de vragenlijsten?'*. Hieruit blijkt dat de sociotherapeut niet op de hoogte is van de praktische zaken omtrent de ROM.

Gebrek aan tijd

De HoNOS wordt genoemd als oorzaak dat veel sociotherapeuten zich nog niet bezig houden met de andere vragenlijsten van ROM. De HoNOS vullen de sociotherapeuten zelf in. Tijdens de focusgroepen kwam naar voren dat hen dit veel tijd kost en dat ze zich daarom nog niet bezig houden met de andere vragenlijsten van ROM. De HoNOS wordt niet teruggekoppeld aan de patiënt.

Meerwaarde wordt niet gezien

De sociotherapeuten zien de meerwaarde van ROM niet in. Een sociotherapeut gaf tijdens de focusgroepen aan: *"Maar ik merk wel dat collega's vaak vragen van goh hoe zit dat dan, wat is dan de meerwaarde dat we het überhaupt gaan terugkoppelen en wat is überhaupt meerwaarde van ROM"*. Dit kan een reden zijn voor sociotherapeuten dat ze nog niet in gesprek gaan met patiënten over ROM. Een onderliggende reden zou kunnen zijn dat de sociotherapeuten de vragenlijsten van ROM niet

betrouwbaar genoeg vinden. Dit kwam terug in de focusgroep waarbij een sociotherapeut aangaf: *“Het kunnen ook patiënten zijn die geen inzicht hebben hun eigen ziektebeeld. Maar dan vraag ik me wel af hoe betrouwbaar zo iets dan is”*. Een andere sociotherapeut zei: *“Denk jij dat patiënten die dus met vreemde dames dat gaan scoren en moeten zeggen waar ze tegenaan lopen, dat ze daar eerlijk in zijn?”*. Dit maakt dat de sociotherapeuten niet inzien wat de meerwaarde van ROM is en wat de sociotherapeut en de patiënt er aan heeft.

Onbekendheid van de vragenlijsten en samenwerking tussen onderzoeksassistenten en sociotherapeuten

Er is nog veel onbekendheid over de vragenlijsten welke in het kader van ROM worden afgenomen bij de patiënten, zo bleek uit de focusgroepen. Momenteel nemen onderzoeksassistenten de vragenlijsten af bij patiënten. Tijdens de focusgroepen komt naar voren dat het lijkt alsof het het werk van de onderzoeksassistenten is en niet van de sociotherapeuten zelf. Een sociotherapeut zegt: *‘Want deze lijsten ken ik nog niet, ik zie jullie wel eens binnenkomen. Owja dit is ROM nou doe veel plezier. Wij hebben de tijd niet om door te vragen en dat maakt het wel zonde want als jullie misschien een gesprek hebben gehad en jullie hebben zo'n intake gedaan is het hartstikke waardevol als je na die tijd in kantoor komt en zegt: nou dit viel op, wie is de pb-er? Dan wordt een sociotherapeut eigenlijk hier aan het werk gezet zo van oh ja ROM is geweest. En dan krijg je meer een samenwerking nu lijkt het net alsof het meer jullie ding is’*. Er lijkt een verkeerde rolverdeling te zijn ontstaan doordat sociotherapeuten het gevoel hebben dat de ROM niet bij hun taak hoort.

De taalbarrière

Ook wordt in de focusgroep als oorzaak genoemd dat het moeilijk is om met patiënten in gesprek te gaan doordat de meeste patiënten in CTP Veldzicht een andere culturele achtergrond hebben en de Nederlandse taal niet beheersen. Een sociotherapeut zegt: *‘Ja weet je ik vind ROM terugkoppelen naar een patiënt lastig nogmaals dat stukje taalvaardig dat is weer via de tolkentelefoon en ik heb gewoon soms toch het gevoel dat ik daar wel eens de plank missla. Dan ben ik blij dat ik een hand op (patiënt) schouder kan leggen dat ik denk ik wil jou echt duidelijk maken dat ik het goed bedoel want ik weet niet wat wat die muts aan de andere kant zegt’*. Binnen CTP Veldzicht is de taalbarrière op alle gebieden een struikelblok. Ook in andere behandelingen vormt de taalbarrière een probleem.

Weerstand

Er is veel weerstand tegen ROM binnen CTP Veldzicht. Tijdens de focusgroepen zijn meerdere discussies gevoerd over de vragen die in ROM vragenlijsten staan. Meerdere sociotherapeuten noemen de vragen niet relevant voor hun doelgroep patiënten. Een sociotherapeut zegt: *‘Ze zijn allemaal al achterdochtig waarom stel je zulke vragen?’* Hierdoor lijken de sociotherapeuten het nut van ROM niet in te zien. Daarnaast is er ook veel weerstand doordat iets verandert binnen de organisatie. Dit gebeurt vaker en hier ervaren medewerkers last van. Een sociotherapeut zegt hierover: *‘Er wordt zo vaak wat gedropt of ze bedenken wat. Dan krijgen we weer een nieuw rapportagesysteem, dan krijgen we dit.. dan krijgen we dat... Uiteindelijk als het moet, als het echt moet, dan doen we het’*.

Beschikbare informatie is te veel en moeilijk vindbaar

Tot slot wordt de informatie die er al is met betrekking tot ROM, niet gebruikt door de sociotherapie. Dit kwam terug in de focusgroepen. Een sociotherapeut zei: *‘Ja het is een heel ver van mijn bed show*

en totaal niet terug te vinden. Ja, je kunt die je kunt die lappen tekst gaan lezen. Nou. Ik weet het niet. Volgens mij hebben die er geen beeld bij. 60 pagina's lappen tekst, niemand leest dat'. De informatie die er al is wordt dus niet gelezen door sociotherapeuten, omdat het teveel is en niet terug te vinden.

2.3 Gevolgen

Deelvraag 1.4: Wat zijn de gevolgen als het probleem niet wordt opgelost?

Maatschappelijke gevolgen

Wanneer niet over de resultaten van de ROM in gesprek wordt gegaan met patiënten, kan de behandeling niet worden aangepast waardoor mogelijk goede behandelresultaten uitblijven. Ook kan de behandeling langer duren dan nodig door een verkeerde manier van behandelen. Hierdoor kunnen mensen minder snel terugkeren in de maatschappij. Zorg verlenen kost de overheid geld en er wordt naar gestreefd patiënten de juiste behandeling te geven zodat zij veilig kunnen terugkeren in de maatschappij. Het niet in gesprek gaan over ROM kan de overheid extra geld kosten.

Kwaliteit van behandeling

ROM heeft als doel om de kwaliteit van de behandeling te verbeteren. Door het gebruik van ROM kunnen de behandelaars, teams en CTP Veldzicht in het algemeen als instelling leren van de uitkomsten op ROM metingen. Door te kijken naar de uitkomsten van ROM metingen kunnen zij de behandeling verbeteren (Mulder, 2011). Als de behandelaars en sociotherapeuten de resultaten op ROM metingen naast zich neerleggen gaat dit verloren en kunnen de behandelaars, sociotherapeuten en patiënten geen meerwaarde halen uit de resultaten. De patiënten kunnen dan ook hun motivatie verliezen om mee te werken aan ROM. Daarnaast kan de patiënt in het gesprek ook aangeven waarom hij bepaalde antwoorden heeft gegeven, hierdoor kan ook een verkeerde interpretatie van het ROM meetinstrument worden voorkomen.

Verder is de meerwaarde van ROM voor de patiënt dat ROM-informatie van de patiënt mee gaat naar de volgende instelling. Hierdoor kan de behandeling beter voortgezet worden omdat de behandelaar een beter beeld van de patiënt krijgt en het beloop van de klachten (Mulder, 2011). Als ROM niet goed wordt uitgevoerd kan deze informatie niet worden meegenomen wat ten nadele is van de patiënt en de volgende behandelaar.

Tot slot is ROM-informatie van de patiënt zelf en heeft de patiënt recht om deze informatie te verkrijgen. Dit gaat verloren als de patiënt hier niet over geïnformeerd wordt en geen terugkoppeling krijgt van de resultaten. Dit is ook een onderdeel van ethisch handelen.

2.4 Bestaande gespreksmethodieken ROM

Deelvraag 1.5: Welke middelen binnen CTP Veldzicht om over ROM in gesprek te gaan zijn er al?

Er is op intranet van CTP Veldzicht informatie beschikbaar over ROM. Hierin worden de vragenlijsten toegelicht, bij welke doelgroep welke vragenlijsten worden afgenomen en wat de vragenlijsten meten. Ook zijn er informatiefolders beschikbaar in meerdere talen voor patiënten over ROM. Op de informatiefolder staat wat de patiënt kan verwachten van een ROM meting en wat het doel van ROM is. Een middel voor sociotherapeuten om in gesprek te gaan over ROM vragenlijsten is niet ontwikkeld binnen CTP Veldzicht. Uit de expert interviews bij andere organisaties blijkt dat daar ook geen beschikbaar middel is om sociotherapeuten in gesprek te laten gaan met patiënten over de resultaten

van ROM. Bij deze organisaties zien werknemers het als onderdeel van hun taak en gebeurt het gewoon.

Er is binnen CTP Veldzicht maandelijks een ROM overleg met alle aandachtsfunctionarissen. Iedere afdeling heeft een aandachtsfunctionaris die ROM van zijn of haar afdeling vertegenwoordigt. Sociotherapeuten kunnen voor vragen omtrent ROM terecht bij de aandachtsfunctionaris van zijn of haar afdeling. Daarnaast hebben de aandachtsfunctionarissen de taak om zijn of haar afdeling te motiveren voor ROM werkzaamheden. Tijdens de maandelijkse overleggen wordt met alle aandachtsfunctionarissen de stand van zaken besproken omtrent ROM.

Door Hanneke Koenjer is in maart 2019 een workshop gegeven waarbij sociotherapeuten extra informatie konden krijgen over praktische zaken van ROM. Hierbij is ook de gelegenheid gegeven aan de sociotherapeuten om vragen te stellen over ROM. Tot slot wordt ROM bij enkele afdelingen meegenomen in behandelplanbesprekingen. Hierbij worden de resultaten van ROM kort besproken. Hanneke Koenjer zegt: *‘Ik heb op de workshop positieve reacties gekregen van deelnemers. Hoofdbehandelaren gaven terug dat ROM door de workshop meer gaat leven. Sociotherapeuten gaven aan dat ze het oefenen met de casus erg nuttig vonden’.*

2.5 Conclusie

Het doel van het hoofdstuk was om de leernoodzaak vast te stellen. De huidige situatie is dat sociotherapeuten niet in gesprek gaan over de resultaten van ROM. Er zijn hiervoor verschillende oorzaken te noemen, zoals: gebrek aan informatie, tijdsgebrek van sociotherapeuten, motivatie van sociotherapeuten en weerstand op de vragenlijsten van ROM. Wanneer sociotherapeuten het gesprek met de patiënten, over de resultaten van ROM niet aangaan, kan dit verschillende nadelige gevolgen hebben. De gevolgen zijn dat het CTP Veldzicht meer geld kan kosten als nodig, omdat de behandeling minder snel aangepast kan worden. Patiënten kunnen dan ook geen meerwaarde halen uit de resultaten van ROM. Ook kan een verkeerde interpretatie van de resultaten ontstaan doordat de patiënt niet de kans krijgt om te onderbouwen waarom hij bepaalde antwoorden heeft gegeven op de vragenlijsten. Tenslotte kunnen patiënten hun motivatie verliezen om mee te willen werken aan ROM. Het is dus van belang dat er iets ontwikkeld wordt waardoor er over de resultaten van ROM in gesprek wordt gegaan.

3. Analyse van het gewenste gedrag

In dit hoofdstuk staat de analyse van het gewenste gedrag centraal. Er wordt ingegaan op het gedrag dat de sociotherapeuten moeten gaan vertonen. Om dit in kaart te brengen is de volgende deelvraag opgesteld: “Wat is het gewenste gedrag van de sociotherapeuten bij het in gesprek gaan over ROM resultaten met patiënten?”. Om de deelvraag te kunnen beantwoorden wordt antwoord gegeven op de volgende subdeelvragen:

Deelvraag 2.1: Welk gedrag moet worden bereikt om goed in gesprek te kunnen over ROM met patiënten?

Deelvraag 2.2: Welke factoren kunnen het in gesprek gaan over ROM met patiënten belemmeren of bevorderen?

3.1 Wijze van onderzoek

Nadat de leernoodzaak in kaart is gebracht, is overgegaan naar stap twee van Hoobroeckx & Haak (2002) ‘*de analyse van het gewenste gedrag*’. Er is gekeken hoe de gewenste situatie eruit ziet en welk gedrag in die situatie getoond wordt door wie, in welke mate en in welke situaties. Het gewenste gedrag dat de opdrachtgever graag zou willen zien wordt zo volledig mogelijk beschreven, zodat er een duidelijk doel voor ogen is dat tijdens het leermiddel behaald moet worden.

Er zijn gesprekken met de projectmanager van ROM (Hanneke Koenjer) gevoerd over de gewenste situatie. Verder is een veldonderzoek gedaan waarbij diepte-interviews zijn gevoerd bij verschillende instellingen die werken met ROM. Hieruit kwam naar voren hoe zij in gesprek gaan over ROM met patiënten en wat zij daarin belangrijk vinden. Ook is informatie gehaald uit de focusgroepen met de sociotherapeuten om de analyse van het gewenste gedrag in kaart te brengen. Tot slot is literatuuronderzoek gedaan naar de bevorderende en belemmerende factoren als het gaat om het gesprek aangaan met patiënten. Wanneer rekening gehouden kan worden met belemmerende en bevorderende factoren kan de analyse van het gewenste gedrag ook realistischer worden opgesteld.

3.2 Gewenst gedrag

Deelvraag 2.1: Welk gedrag moet worden bereikt om goed in gesprek te kunnen over ROM met patiënten?

Met de opdrachtgever is het gewenste gedrag van de sociotherapeuten besproken. Het gewenste gedrag wordt hieronder uitgebreid beschreven. Het gedrag wat de sociotherapeuten moeten laten zien is dat zij het gesprek aan kunnen en willen gaan met de patiënten. Dit betekent dat de sociotherapeuten zelf het initiatief nemen om de patiënt uit te nodigen voor het ROM gesprek over de resultaten. De sociotherapeuten zorgen ervoor dat het gesprek over de resultaten van ROM binnen uiterlijk twee weken na afname wordt gevoerd.

De sociotherapeut kiest zelf het moment uit waarop hij/zij met de patiënt in gesprek gaat. De sociotherapeut kiest een rustige ruimte om het gesprek aan te gaan met de patiënt. Tijdens het gesprek maakt de sociotherapeut gebruik van de methodiek ‘Shared Decision Making’ (SDM). SDM is een manier om samen met de patiënt beslissingen te nemen over de behandeling en bepaalde behandeldoelen (Elwyn, Frosch, Thomson, Joseph-Williams, Lloyd, Kinnersley, Cording, Tomson, Dodd, Rollnick, Edwards & Barry, 2012). Hierdoor heeft de patiënt dus meer autonomie en wordt er rekening gehouden met de wensen en behoeften van de patiënt. Uit onderzoek van Van der Feltz-Cornelis,

Andrea, Kessels, Duivenvoorden, Biemans en Metz (2014) blijkt dat ROM in samenwerking SDM zinvol is om toe te passen in de behandeling. SDM sluit aan op de doelen van ROM. Het toepassen van SDM levert een aantal positieve effecten op voor patiënten (Malm, et al., in Trimbos Instituut, 2016): meer therapietrouw, patiënttevredenheid, behandeling conform richtlijnen, beter geïnformeerd en soms positieve gezondheidssuitkomsten. Het Trimbos Instituut (2016) heeft in een tabel weergegeven welke stappen gezet moeten worden als je SDM wilt toepassen tijdens het ROM gesprek.

Herkennen	Uit de ROM resultaten komt naar voren dat Herkent u dat? <i>Indien herhaalde meting: Herkent u zich in de vooruitgang/achteruitgang/geen verandering?</i>
Begrijpen	Kunnen we de resultaten verklaren? Doorvragen: Hoe komt dat? Hulpbronnen? Wat doet u anders?
Waarderen	Wat betekenen de resultaten voor u? Bent u tevreden?
Handelen	Wat betekenen de resultaten voor uw behandeldoelen?

Bron: Trimbos Instituut. (2016). Shared Decision Making met ROM als informatiebron. Geraadpleegd op 28 mei 2019, van <https://assets.nkop.nl/docs/8c8b73d6-fcfa-4d13-8218-c90b90113edd.pdf>

SDM draagt bij aan vraag gestuurde zorg (Rijckmans, Bongers, Garretsen & van den Goor, 2007) en dat kan leiden tot meer aangepaste zorg op de behoeftes van de patiënt (Raue, Schulberg, Heo, Klimstra & Bruce, 2009). Een begrip dat aansluit op SDM is Herstelondersteunende zorg. Herstelondersteunende zorg gaat ervan uit dat de regie van de behandeling bij de patiënt ligt. Antony (1993) en Deegan (1995) omschrijven herstel als een unieke en persoonseigen methode om het leven opnieuw richting en inhoud te geven. Herstel doet iemand op eigen kracht, initiatief en vanuit eigen ideeën (Haan, 2013). Door SDM en Herstelondersteunende zorg ga je met de patiënt het gesprek aan over de behandeling en neem je samen beslissingen. Herstelondersteunende zorg en SDM sluiten aan op de uiteindelijke doelen van ROM.

De sociotherapeut kan ROM resultaten interpreteren en op een duidelijke en begrijpbare manier overbrengen op de patiënt. De sociotherapeut weet aan de hand van de uitkomsten van ROM resultaten welke vragen interessant zijn om over in gesprek te gaan. De sociotherapeut vraagt vervolgens naar de mening van de patiënt. Hij/zij kan bijvoorbeeld vragen of de patiënt zich in de resultaten van ROM kan vinden. Ook kan er gevraagd worden wat de patiënt van de resultaten vindt. In het kader van SDM is het belangrijk dat de mening van de patiënt wordt meegenomen in het gesprek over ROM (Raue, Schulberg, Heo, Klimstra & Bruce, 2009). Patiënten kunnen vervolgens samen met de behandelaar beslissingen nemen over de behandeling en de behandeldoelen. Tot slot dient er ruimte te zijn voor vragen en opmerkingen van de patiënt hierover. De sociotherapeut moet in staat zijn om deze vragen over ROM te kunnen beantwoorden. Bijvoorbeeld vragen over wat bepaalde schalen van ROM vragenlijsten betekenen en wat de vragenlijsten meten.

Om een goed en begrijpelijk gesprek te kunnen voeren met patiënten over ROM, dienen de sociotherapeuten op de hoogte te zijn over ROM. Ze moeten alle informatie over ROM kunnen vinden, zowel op intranet voor medewerkers als in het elektronisch patiënten dossier (EPD).

Op intranet moeten ze alle informatie over de vragenlijsten kunnen vinden. Ze moeten weten welke vragenlijsten gebruikt worden en moeten de verschillende schalen van de vragenlijsten kennen. Daarbij is het belangrijk dat ze weten wat deze schalen betekenen. Dit is belangrijk omdat de resultaten per schaal gegeven worden.

In het elektronisch patiënten dossier (EPD) moeten de sociotherapeuten alle door de patiënt ingevulde vragenlijsten kunnen vinden. Daarnaast moeten ze de samenvatting van de resultaten op ROM vragenlijsten kunnen vinden in de correspondentie in het EPD van de patiënt.

3.3 Belemmerende en bevorderende factoren

Deelvraag 2.2: Welke factoren kunnen het in gesprek gaan over ROM met patiënten belemmeren of bevorderen?

In hoofdstuk 2 over de leernoodzaak worden de oorzaken van het probleem beschreven. Dit zijn oorzaken waarom het probleem er is of is ontstaan. In deze paragraaf worden belemmerende en bevorderende factoren genoemd bij het in gesprek gaan over ROM met patiënten.

De belemmerende factoren kunnen overeenkomen met de oorzaken van het probleem. Als deze oorzaken worden weggenomen kunnen deze factoren nog steeds als belemmerend worden ervaren. Niet alle factoren kunnen worden weggenomen door het leermiddel. Het is daarom van belang om deze belemmerende factoren nogmaals te benoemen en rekening te houden met deze factoren tijdens het ontwerp van het leermiddel. Belemmerende factoren zijn: cultuurgerelateerde communicatiefouten en het gebrek aan motivatie bij sociotherapeuten.

Bevorderende factoren zijn factoren die juist bijdragen aan het oplossen van het probleem. Een bevorderende factor is dat de sociotherapeuten beschikken over gespreksvaardigheden, zoals motiverende gespreksvoering, shared decision making en interculturele vaardigheden.

3.3.1 Communicatiefouten cultuurgerelateerd

Omdat binnen CTP Veldzicht voornamelijk mensen verblijven die uit een andere cultuur komen dan de Nederlandse, is het lastig om deze gesprekken met patiënten aan te gaan. Het land van herkomst heeft vaak grote verschillen met Nederland. Om gesprekken te voeren met mensen uit een andere cultuur kan het handig zijn om bepaalde (voor ons onbekende) gewoonten te begrijpen. Deze cultuur en taalverschillen kunnen een belemmerende factor zijn als het gaat om het ROM gesprek. Er is in de literatuur gezocht naar de belangrijkste elementen als het gaat om cultuurgerelateerde communicatiefouten. Hieronder zijn de belangrijkste elementen beschreven die voornamelijk een belemmerende factor zijn als het gaat om communicatie met mensen uit een andere cultuur.

Taal is vaak een erg invloedrijke factor. In vrijwel alle culturen bestaan woorden die cultuurgebonden zijn en niet gemakkelijk in een andere taal vertaald kunnen worden. Hierdoor kan het zijn dat er ten onrechte verkeerde interpretaties ontstaan (Van Oudenhoven, 2012). Binnen CTP Veldzicht wordt vaak gewerkt met een tolkentelefoon bij de afnames van ROM. Het kan zijn dat de tolk woorden verkeerd vertaald waardoor een verkeerde interpretatie van het meetinstrument ontstaat. Daarnaast is praten via een tolkentelefoon lastiger voor zowel de patiënt als de sociotherapeut. Er is minder oogcontact en het gesprek duurt langer dan normaal gesproken. Dit maakt het lastiger om over ROM in gesprek te gaan.

Daarnaast wordt nationaliteit vaak verward met cultuur (Van Oudenhoven, 2012). Hoffman (2013) beschrijft dat sociale identiteit een erg belangrijk begrip is als het gaat over communicatie met iemand uit een andere cultuur. Het begrip sociale identiteit gaat over de manier waarop mensen elkaar in hun omgeving zien. Bij sociale identiteit speelt het gevoel om ergens bij te horen een grote rol. Wanneer je je bewust bent van je eigen sociale identiteit en rekening houdt met de sociale identiteit van de persoon tegenover je, zal de communicatie een stuk soepeler verlopen (Hoffman, 2013). Wanneer een sociotherapeut het ROM gesprek aangaat, is het belangrijk dat hij rekening houdt met zijn eigen sociale identiteit maar ook met de sociale identiteit van de patiënt. Wanneer dit niet gebeurt kan de communicatie in het ROM gesprek minder soepel verlopen.

Daarnaast is ook de non-verbale communicatie een belangrijke factor om bewust van te zijn als je transcultureel wilt werken. Zo is gebleken dat 20 procent van de communicatie via gesproken taal is en 80 procent via non-verbale communicatie (Jessurun, 2010). Volgens Jessurun (2010) bestaat non-verbale communicatie uit gebaren, houding, mimiek, waar iemand gaat staan/zitten en hoe iemand dit doet. Non-verbale communicatie is volgens Jessurun (2010) cultureel bepaald. Zij stelt dat bij het werken met patiënten met een migratieachtergrond zowel de patiënt als de therapeut non-verbale boodschappen verkeerd kan interpreteren. Er zijn zoveel verschillen dat het als therapeut niet zinvol is om alle verschillen te kennen. Daarnaast zijn sommige gebaren ook verschillend per persoon. Dit betekent dat het raadzaam is om binnen de therapie zaken niet te verduidelijken met gebaren (Jessurun, 2010). In het ROM gesprek is het van groot belang dat de sociotherapeut zich bewust is van non-verbale communicatie en zaken niet gaat verduidelijken met gebaren. Mocht een sociotherapeut dit wel doen kan er een verkeerde interpretatie ontstaan bij de patiënt.

3.3.2 Motivatie sociotherapeuten

Uit de focusgroepen kwam naar voren dat er meerdere belemmerende factoren zijn voor de motivatie van sociotherapeuten om het gesprek aan te gaan over de ROM. Belemmerende factoren die genoemd werden waren onder andere dat sociotherapeuten het nut niet inzien van de vragenlijsten die worden afgenomen. Ook lijkt het doordat de onderzoeksassistenten ROM afnemen dat het niet het werk is van de sociotherapeuten. De sociotherapeuten geven in de focusgroepen aan te druk te zijn met de HoNOS. Ook geven sommige sociotherapeuten aan dat ze zich niet bezighouden met ROM omdat de aandachtsfunctionaris van hun afdeling dat doet. Anderzijds geven ook sommige sociotherapeuten aan dat de aandachtsfunctionaris hun juist motiveert om zich bezig te houden met ROM. De aandachtsfunctionaris lijkt voor de motivatie enerzijds een belemmerende factor te zijn maar anderzijds een bevorderende factor.

3.3.3 Gespreksvaardigheden van sociotherapeuten

De sociotherapeuten hebben allemaal een achtergrond in de zorg en welzijn ofwel een opleiding gevolgd in de zorg- en welzijnssector. Dit is een bevorderende factor bij het aangaan van een ROM gesprek. Uit de focusgroepen kwam naar voren dat gespreksvoering niet een probleem vormt. Over het algemeen weten de sociotherapeuten genoeg gespreksmethodes om het gesprek aan te gaan over ROM. Dit bleek ook uit de focusgroepen waarbij er gevraagd is of de sociotherapeuten behoefte hebben aan informatie over gespreksvoering met de doelgroep. Hierop kwam als antwoord: *'Je kent de patiënten dus en we zijn allemaal opgeleid dus we zijn wat dat betreft allerlei soorten gesprekken gewend ja'*. Andere sociotherapeuten zeiden: *'Het is een onderdeel van ons werk'* en *'Ik denk niet dat dat voor ons moeilijk is'*. Daarnaast hebben alle sociotherapeuten van CTP Veldzicht de training 'interculturele competenties' gevolgd. Deze training heeft als doel om de vaardigheden en het inzicht,

in het omgaan met mensen uit andere culturen, te vergroten. Het is een bevorderende factor dat de sociotherapeuten opgeleid zijn in het voeren van gesprekken met de doelgroep. Hier hoeft geen aandacht meer aan besteed te worden, want deze vaardigheden en competenties bezitten zij al.

In het Veldonderzoek bij de Oostvaarderskliniek kwam naar voren dat er daar veel wordt gewerkt met motiverende gespreksvoering. In de Oostvaarderskliniek is motiverende gespreksvoering een belangrijk element in het voeren van gesprekken met patiënten. Tijdens de focusgroepen kwam naar voren dat sociotherapeuten binnen CTP Veldzicht ook bekend zijn met motiverende gespreksvoering.

Een andere bevorderende factor is ook dat sociotherapeuten vanuit de opleiding vaak al bekend zijn met SDM. ROM is een goede manier om SDM in te zetten in de behandeling. Echter worden er nog geen ROM gesprekken gevoerd en wordt SDM dus nog niet gebruikt bij het ROM gesprek.

3.4 Conclusie

Het gewenste gedrag van de sociotherapeuten is dat zij ROM op een begrijpelijke manier kunnen uitleggen en vragen van patiënten over ROM kunnen beantwoorden. Daarnaast moeten de sociotherapeuten ROM vragenlijsten kennen en weten welke schalen de vragenlijsten bevatten.

Verder moeten ze alle informatie met betrekking tot ROM weten te vinden. Ze moeten de ingevulde ROM vragenlijsten kunnen vinden in het EPD. Ook moeten ze de samenvatting van de resultaten op een ROM vragenlijst kunnen vinden in het EPD. Aan de hand van deze ingevulde vragenlijsten en samenvatting kunnen ze het gesprek aangaan over ROM waarbij shared decisions making en herstelondersteunde zorg wordt toegepast. Wanneer uit het gesprek blijkt dat er aanpassingen nodig zijn in de behandeling kan de sociotherapeut dit bespreken met de hoofdbehandelaar van de patiënt.

4. Leerdoelen vaststellen

Aan de hand van de vorige hoofdstukken zal een eindterm worden geformuleerd en leerdoelen worden vastgesteld. De eindterm is iets anders dan leerdoelen. De eindterm beschrijft wat iemand moet kunnen na afronding van het gehele leermiddel (Hoobroeckx & Haak, 2002). In de vorige hoofdstukken is al vastgesteld welk gedrag aangeleerd moet worden, namelijk het gewenste gedrag. Aan de hand hiervan is de volgende eindterm opgesteld: 'De sociotherapeut kan een gesprek over ROM en resultaten op ROM vragenlijsten met de patiënt voeren.' In dit hoofdstuk zal de overstap van de huidige situatie naar het gewenste gedrag worden omgezet naar concrete leerdoelen.

4.1 Wijze van onderzoek

Voor het vaststellen van de leerdoelen zijn er allereerst een aantal punten van belang, namelijk: een juiste formulering, subdoelen afleiden van hoofddoelen, check op niveau, accenten en hiaten, check op haalbaarheid en check op relevantie (Hoobroeckx & Haak, 2002).

Allereerst is er gekeken naar de mogelijke oplossingen van het probleem. Dit is gedaan aan de hand van de oorzaken voor het probleem die middels dit onderzoek zijn gevonden. Deze oorzaken zijn benoemd in hoofdstuk 2.2.3.

Om te zorgen voor een juiste formulering moeten de leerdoelen ontwerpend zijn. Een ontwerpend leerdoel bevat twee componenten, namelijk: een inhoudscomponent en een gedragscomponent. Uit het ontwerpende leerdoel moet gelijk kunnen worden opgemerkt wat de sociotherapeut tijdens het leermiddel zou moeten doen. Het leermiddel kan dus aan de hand van het leerdoel direct ontworpen worden. Het inhoudscomponent geeft aan waarover de sociotherapeut iets moet leren en het gedragscomponent geeft aan wat de sociotherapeut moet kunnen doen met deze kennis. Het gedragscomponent moet uit werkwoorden bestaan die meetbaar zijn. Dit wordt ook wel waarneembaar gedrag genoemd. Om de leerdoelen waarneembaar te maken, wordt er gebruik gemaakt van de taxonomie van Bloom (Bloom, Engelhart, Furst, Hill & Krathwohl, 1956). Dit is een schematische weergave van werkwoorden van waarneembaar gedrag die te gebruiken zijn bij het opstellen van leerdoelen. Waarneembaar gedrag maakt het leerdoel toetsbaar. Deze taxonomie is ook een hulpmiddel om doelen op te stellen op kennis-, inzicht-, en toepassingsniveau.

Na het opstellen van de leerdoelen worden ook subdoelen opgesteld. De subdoelen geven weer wat stap voor stap moet gebeuren om het hoofd-leerdoel te bereiken.

Om de leerdoelen vast te stellen moet er gekeken worden naar het gewenste gedrag en de huidige situatie rondom het probleem (het beginniveau). Er wordt gefocust op het verschil tussen het gewenste gedrag en hoe de huidige situatie is rondom het in gesprek gaan over ROM. Dit is vervolgens omgezet naar termen van waarneembaar gedrag en hieruit voortvloeiend de leerdoelen opgesteld.

4.2 De mogelijke oplossing

De mogelijke oplossingen voor het probleem om het gewenste gedrag te behalen zijn opgesteld. Als deze oorzaken worden weggenomen of opgelost ontstaan de volgende mogelijke oplossingen: praktische zaken van ROM verduidelijken, meerwaarde van ROM laten inzien, onbekendheid van de vragenlijsten wegnemen, weerstand omtrent ROM verminderen en de beschikbare informatie laten gebruiken. Deze oplossingen zijn meegenomen in het vaststellen van de leerdoelen.

4.3 Leerdoelen

Om de eindterm te behalen zijn de volgende leerdoelen opgesteld:

1. De sociotherapeuten kunnen uitleggen wat ROM is aan de hand van voorbeelden (inzichtniveau).
 - a. De sociotherapeuten herkennen de inhoud van de vragenlijsten van ROM. (kennisniveau)
 - b. De sociotherapeuten kunnen uitleggen wat de doelen van ROM zijn. (inzichtniveau)
 - c. De sociotherapeuten kunnen de meerwaarde van ROM samenvatten. (inzichtniveau)
 - d. De sociotherapeuten laten zien dat zij de toestemming of het bezwaar van de patiënt m.b.t ROM in het EPD kunnen vastleggen. (toepassingsniveau)
2. De sociotherapeuten kunnen een gesprek met patiënten over ROM uitvoeren. (toepassingsniveau)
 - a. De sociotherapeuten zijn in staat om het gesprek over ROM resultaten zelf voor te bereiden. (toepassingsniveau)
 - b. De sociotherapeuten moeten de resultaten op ROM vragenlijsten kunnen uitleggen (inzichtniveau)
 - c. De sociotherapeuten kunnen hun geleerde kennis over de theorieën 'shared decision making' en 'herstelondersteunende zorg' toepassen in een casus. (toepassingsniveau)

5. Leerstof ordenen

De leerstof is datgene wat er geleerd moet worden door de sociotherapeuten. De leerstof is in de vorige hoofdstukken tot stand gekomen en in hoofdstuk 4 omgezet tot concrete leerdoelen. Dit hoofdstuk geeft antwoord op de deelvraag: *'Hoe moet de leerstof over in gesprek gaan over ROM resultaten met patiënten worden geordend in het leermiddel?'* Dit houdt in dat een keuze wordt gemaakt wanneer welke leerstof aan bod moet komen.

5.1 Wijze van onderzoek

Het ordenen van de leerstof is gedaan volgens de stappen van Hoobroeckx en Haak (2002). Bij dit onderdeel van het ontwerp is een logische volgorde bepaald voor het leermiddel en een blauwdruk van het uiteindelijke leermiddel opgesteld. Om dit zo goed mogelijk te kunnen doen is allereerst een ordeningsprincipe gekozen. Een ordeningsprincipe is volgens Hoobroeckx en Haak (2002) een uitgangspunt voor het ordenen van de leerstof. Op deze manier komen alle leerdoelen op een logisch moment aan bod tijdens het leermiddel. Daarnaast benoemen Hoobroeckx en Haak (2002) twee belangrijke redenen om met een ordeningsprincipe te werken; het belang voor de ontwerper en het belang voor de lerende. Voor de ontwerper biedt een ordeningsprincipe voornamelijk structuur. Daarnaast biedt het de ontwerper een kader voor het ontwerpen van het leermiddel. Voor de lerende is het belang van een ordeningsprincipe dat hij hierdoor de verkregen informatie en vaardigheden kan verwerken. Dit wordt ook wel *advanced organizer* genoemd (Ausubel, 1967). Dit houdt in dat de lerende als het ware een mentale kapstok creëert waaraan hij alle opgedane kennis en vaardigheden kan ophangen. Hierdoor weet de lerende wanneer hij welke informatie kan verwachten en krijgt hij overzicht.

Om een goed ordeningsprincipe te kiezen, welke goed past bij alle leerdoelen en de eindterm van het leermiddel zijn allereerst alle mogelijke ordeningsprincipes, die in het boek *Onderwijskundig ontwerpen* van Hoobroeckx en Haak (2002) worden benoemd, bestudeerd. Vervolgens zijn de meest passende ordeningsprincipes met elkaar afgewogen en is een logische keuze gemaakt. Hierbij wordt rekening gehouden met de samenhang van de leerdoelen, de haalbaarheid, het beleid van de organisatie en de authenticiteit. Daarnaast zijn ook de uitkomsten van de focusgroepen meegenomen in de keuze van het ordeningsprincipe. Meer informatie over de focusgroepen en hoe deze zijn opgezet is te vinden in hoofdstuk 1.5 Methode en hoofdstuk 2.1 Wijze van onderzoek. Welk ordeningsprincipe is gekozen en waarom is te lezen in paragraaf 5.2.

Na het kiezen van een ordeningsprincipe is een organiserend schema gemaakt. Het organiserend schema is gemaakt om te kijken hoe alle leerdoelen met elkaar samenhangen. Dit is een overzichtelijk schema waarin in één oogopslag te zien is wanneer welk leerdoel aan bod komt. Hierdoor kan goed worden gevisualiseerd. Allereerst is een schema gemaakt met alle belangrijke onderwerpen van het leermiddel. Vervolgens zijn de leerdoelen welke aansluiten bij het betreffende onderwerp ingevuld in het schema. Het schema is te vinden in paragraaf 5.3 Organiserend schema.

Tenslotte is het ordeningsprincipe getoetst. Hierbij is gekeken of alle leerdoelen in het schema passen.

5.2 Het ordeningsprincipe

Er zijn verschillende ordeningsprincipes uit het boek van Hoobroeckx en Haak (2002) met elkaar afgewogen. De meest passende ordeningsprincipes zijn: Concentrisch, Psychologisch en de realistische

ordeningsprincipes; Processen en procedures en Dienstverlenend. Er is gekeken welke van deze ordeningsprincipes het beste aansluit bij zowel de behoeftes van de sociotherapeuten als het gewenste gedrag wat zij uiteindelijk moeten kunnen.

Voor dit ontwerp is uiteindelijk gekozen voor het ordeningsprincipe *Processen en procedures*. Dit ordeningsprincipe valt binnen de realistische ordeningsprincipes. Hoobroeckx en Haak (2002) beschrijven dat realistische ordeningsprincipes uitgaan van hoe de lerende in werkelijkheid de kennis en vaardigheden zou moeten toepassen. Het realistische ordeningsprincipe '*processen en procedures*' volgt het proces of de procedure zoals die doorlopen zou moeten worden in de praktijk. Alle stappen die in het proces of de procedure staan beschreven komen ook in die volgorde bij het leermiddel aan bod.

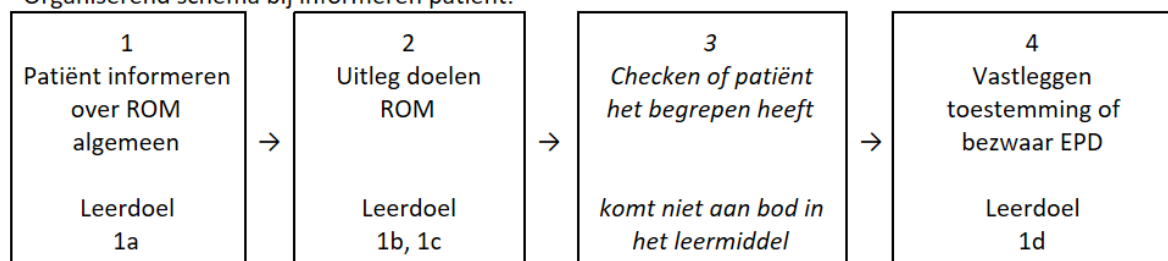
Dit ordeningsprincipe is passend omdat binnen CTP Veldzicht al een werkwijze is gemaakt voor ROM. Dit is een procesbeschrijving waarin precies staat beschreven wat wordt gedaan bij een ROM meting en wie voor welk deel verantwoordelijk is. Hierdoor kunnen alle taken van de sociotherapie binnen dit werkproces gevolgd worden tijdens het leermiddel. Dit maakt dat alle vaardigheden die de sociotherapeut straks moet hebben om de taken rondom ROM goed te kunnen doen aan bod zullen komen in het leermiddel.

Daarnaast gaf een sociotherapeut tijdens de focusgroep het volgende aan: *'Gewoon stap voor stap in de praktijk. Voorbeelden geven van daar beginnen we en dan van mijn part een rollenspel of weet ik wat, maar dat is duidelijk en helder en van hé dit is het. Dat je goed zichtbaar hebt van hé zo moet het.'* De sociotherapeut geeft aan dat zij graag stap voor stap wil weten hoe zij het straks moet doen. Ze wil graag weten hoe je begint en hoe dan verder. Deze mening werd gedeeld met een andere sociotherapeut: *"Vertel mij van: 'hé, waar begint het bij, wie doet wat, laten zien aan de hand van een voorbeeld, van hoe je dan begint, en hoe verder. Maar 60 pagina's aan lappen tekst, niemand leest dat"*. Het ordeningsprincipe Processen en procedures sluit hier bij aan. Dit ordeningsprincipe volgt namelijk precies de stappen zoals die in de werkbeschrijving staan.

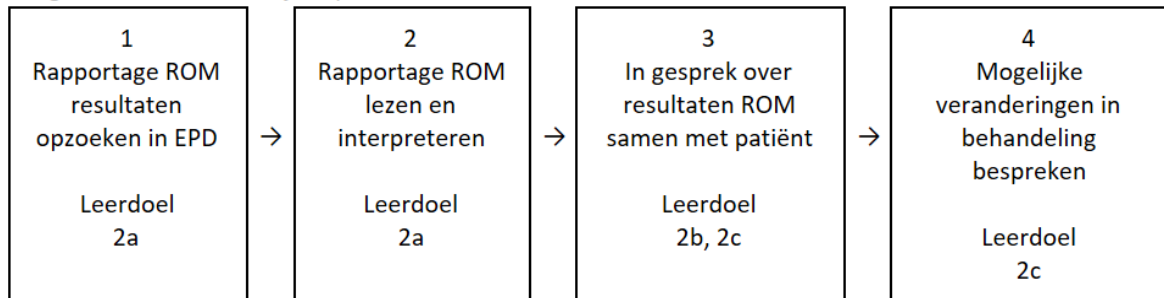
5.3 Organiserend schema

Het organiserend schema geeft de volledige procesbeschrijving weer van wat de sociotherapeuten moeten doen met betrekking tot het in gesprek gaan over ROM. Omdat het in gesprek gaan over ROM twee onderdelen betreft zijn er twee organiserende schema's gemaakt.

Organiserend schema bij informeren patiënt:



Organiserend schema bij bespreken resultaten:



5.4 Conclusie

Voor het leermiddel is het ordeningsprincipe 'processen en procedures' gekozen. Er is gekozen voor dit ordeningsprincipe omdat deze aansluit bij de bestaande procesbeschrijving van ROM. Daarnaast is in de focusgroepen aangegeven dat het fijn zou zijn als er 'stap voor stap' gewerkt wordt in het leermiddel. Het organiserend schema is opgesteld aan de hand van het ordeningsprincipe processen en procedures en laat zien wanneer welke leerdoelen precies aan bod komen tijdens het doorlopen van het leermiddel.

6. Didactisch vormgeven

In dit hoofdstuk zal er worden onderbouwd welke didactische vormgeving het meest passend is bij het leermiddel aan de hand van (Hoobroeckx en Haak, 2002). Dit hoofdstuk geeft antwoord op de deelvraag: *Hoe moet het leermiddel didactisch worden vormgegeven?* In de didactische vormgeving staat centraal wat in het leermiddel moet gebeuren om de leerdoelen te bereiken.

Tijdens de focusgroepen gaven sociotherapeuten de volgende manieren aan om te leren: een klinische les, een e-learning of een training. Hierbij moeten volgens de sociotherapeuten praktische voorbeelden gebruikt worden. Bijvoorbeeld een casus bespreken of een rollenspel. Naar aanleiding hiervan is de keuze gemaakt voor een training. Bij een training kan namelijk zowel theoretisch als praktisch worden geleerd.

6.1 Wijze van onderzoek

Allereerst is er een keuze gemaakt over de vorm van de training. Dit is onderzocht middels interviews met de doelgroep. De interviews zijn gedaan via focusgroepen. Meer informatie over de totstandkoming van de focusgroepen en waarom hiervoor gekozen is is te vinden in hoofdstuk 1.5 methode en hoofdstuk 2.1 wijze van onderzoek bij het vaststellen van de leernoodzaak. De vragen die daarbij horen zijn te vinden in de opzet van de focusgroepen in bijlage 2. Daarnaast is er ook rekening gehouden met de randvoorwaarden die gesteld zijn voor de training door de opdrachtgever. Zie bijlage 5 voor de randvoorwaarden. Ten slotte is er literatuuronderzoek verricht naar hoe volwassenen leren.

Om de training didactisch vorm te geven is allereerst gekeken naar de drie verschillende niveaus van didactisch vormgeven volgens Hoobroeckx en Haak (2002). Het eerste niveau is het 'didactisch concept' en dat is een onderwijskundig uitgangspunt dat de maatstaf is voor de gehele training. Bij het 'didactisch concept' staat centraal hoe de leerdoelen het beste bereikt kunnen worden wanneer er rekening wordt gehouden met de randvoorwaarden van het leermiddel (Hoobroeckx en Haak, 2002). Voor het tot stand brengen van het 'didactisch concept' is allereerst gekeken naar het gekozen ordeningsprincipe in hoofdstuk 5. Het is belangrijk dat het 'didactische concept' aansluit bij het eerder gekozen ordeningsprincipe. Daarnaast is ook gekeken naar de randvoorwaarden die in overleg met de opdrachtgever zijn opgesteld (zie bijlage 5). Vanuit het eerder gekozen ordeningsprincipe en de gestelde randvoorwaarden is een 'didactisch concept' gekozen volgens Hoobroeckx en Haak (2002).

Hoobroeckx en Haak (2002) beschrijven het 'didactisch model' als niveau twee van de didactische vormgeving. Het 'didactisch model' geeft de vaste structuur aan van de training. Om het 'didactisch model' vast te stellen is afzonderlijk gekeken naar elke 'leersituatie' van de training. Er is vastgesteld welke deelstappen terugkomen in elke 'leersituatie'. Elke 'leersituatie' krijgt dus een vast patroon en dat is het gekozen 'didactisch model'. Om het 'didactisch model' zo passend mogelijk te kiezen voor de training is gekeken naar de 'leerfuncties'. Dit zal verder worden toegelicht in hoofdstuk 6.4 didactisch model.

Tot slot is een keuze gemaakt voor 'didactische werkvormen', niveau drie van de didactische vormgeving volgens Hoobroeckx en Haak (2002). De 'didactische werkvorm' beschrijft wat in de training gaat gebeuren om de leerdoelen te bereiken. De leerdoelen zijn dan ook altijd de belangrijkste criteria voor de keuze van de werkvormen. Echter zijn er nog andere criteria die de keuze voor de werkvorm kunnen beïnvloeden, zoals een bepaald type cursisten, beschikbare tijd en materialen (Hoobroeckx & Haak, 2002). Om een beeld te krijgen van de beschikbare tijd en andere

randvoorwaarden voor een training binnen CTP Veldzicht is er een gesprek geweest met de opleidingscoördinator van CTP Veldzicht. De randvoorwaarden die door de opleidingscoördinator zijn opgesteld zijn te vinden in bijlage 5.

Hierna zijn de didactische werkvormen vastgesteld. De werkvormen zijn gekozen aan de hand van al bestaande werkvormen. Hierbij zijn verschillende bronnen gebruikt uit de literatuur. Daarnaast zijn ook de ideeën en meningen van de sociotherapeuten die deelnamen aan de focusgroepen meegenomen. De werkvormen zijn vervolgens aangepast zodat ze passend werden in deze specifieke leersituatie en aansluiten bij de leerdoelen welke met de werkvorm moeten worden bereikt. Hoobroeckx en Haak (2002) noemen dit aanpassen van bestaande werkvormen ook wel 'kneden'. De werkvormen zijn zo geformuleerd dat degene die uiteindelijk de training moet gaan geven (de trainer) precies weet wat hij moet doen.

6.2 Wijze waarop de doelgroep leert

6.2.1 Theorieën over leren

De definitie van leren is volgens Gray (geciteerd in Wiekens, 2016): "een proces waarbij een ervaring leidt tot 'ander gedrag' in de toekomst". Het gaat dus om een ervaring die ervoor zorgt dat iemand zich anders gaat gedragen. Deze ervaring kan vanalles zijn en hier zijn verschillende manieren voor: klassieke conditionering, operante conditionering, sociaal leren en cognitief leren (Wiekens, 2016).

Klassieke conditionering is een proces waarbij een neutrale stimulus tegelijk met een ongeconditioneerde stimulus wordt aangeboden, waardoor de reactie op de neutrale stimulus hetzelfde wordt als op de ongeconditioneerde stimulus (Wiekens, 2016). Operante conditionering is een proces die beschrijft dat je gedrag kunt sturen door te belonen en te straffen (Wiekens, 2016).

Sociaal leren wordt door Bandura (in Wiekens, 2016) uitgelegd als het na-apen van gedrag. Hierbij leren mensen door het gedrag van anderen te imiteren. Het leren van nieuwe vaardigheden gaat sneller als de lerende een goed voorbeeld krijgt (Wiekens, 2016). Het is bij de training dus van belang dat er goede voorbeelden worden gebruikt. Delen van de hersenen die actief zijn bij het uitvoeren van gedrag, worden al actief als je iemand anders het gedrag ziet uitvoeren. Hierdoor kan iemand het gedrag sneller onder de knie krijgen (Wiekens, 2016).

Bij cognitief leren wordt er geleerd door te lezen, luisteren, na te denken en zelf oplossingen te verzinnen (Wiekens, 2016). Er wordt bij cognitief leren gebruik gemaakt van concepten. Concepten zijn verzamelingen van alle kennis over een bepaalde categorie, een soort kennisstructuur. Door te leren kan de inhoud van een concept en de relatie tussen concepten veranderen. Concepten worden door mensen gebruikt om de wereld te begrijpen en aandacht te sturen. Het geheugen wordt gebruikt om al deze informatie te verwerken, op te slaan en terug te halen (Wiekens, 2016). Informatie die binnenkomt door te oefenen en te herhalen komt in het werkgeheugen terecht. Om zoveel mogelijk informatie te kunnen verwerken is 'chunking' nodig. 'Chunking' is het groeperen van informatie brokjes (Miller, in Wiekens, 2016). Informatie moet dus gedoseerd worden aangeboden in de training, zodat de sociotherapeuten de informatie goed kunnen onthouden.

6.2.2 Hoe willen sociotherapeuten leren

Mogelijke manieren volgens de sociotherapeuten om te leren het ROM gesprek te voeren zijn: een klinische les, een e-learning of een training. Deze manieren gaven de sociotherapeuten tijdens de

focusgroepen aan. Binnen deze manieren van leren moeten volgens de sociotherapeuten praktische voorbeelden gebruikt worden. Bijvoorbeeld een casus bespreken of een rollenspel. Naar aanleiding van deze informatie is de keuze gevallen op het ontwerpen van een training. Bij een training kan namelijk er zowel theoretisch als praktisch worden geleerd.

Tijdens de focusgroep is er gevraagd wat er in een training of workshop moet gebeuren waardoor zij achteraf het idee hebben dat ze er echt iets aan hebben gehad. Hierop antwoordde een sociotherapeut: *‘Gewoon stap voor stap in de praktijk. Voorbeelden geven van daar beginnen we en dan van mijn part een rollenspel of weet ik wat, maar dat het duidelijk en helder is van hé dit is het. Dat je goed zichtbaar hebt van hé zo moet het dus.’*

Hierin geeft de sociotherapeut aan dat zij het goed zou vinden als er stap voor stap uitleg wordt gegeven en dat zij het fijn vindt om te leren middels een rollenspel. Zij geeft aan dat zij het belangrijk vindt om voorbeelden te krijgen van hoe het in de praktijk werkt. Een andere sociotherapeut antwoordde op deze vraag: *‘Casus bespreking, dat deed Hanneke vorige week ook en dat was leuk. Er was net iets te weinig tijd voor maar het was wel hartstikke leuk. En dan ook de antwoorden van diagnostiek erbij’*. Vervolgens wordt er gevraagd of dat de vorige keer nuttig was en hierop antwoord dezelfde sociotherapeut: *‘Ja, dan heb je een voorbeeld’*. Hier kan uit opgemaakt worden dat de sociotherapeuten het fijn vinden om een praktisch voorbeeld te hebben van hoe het in de praktijk moet.

Verder kwam een sociotherapeut met het idee om een e-learning te maken: *‘Zou een e-learning niks zijn dan? Dan wel gewoon een korte. Het is sowieso een verplicht onderdeel. Dan zou iedereen ervan op de hoogte zijn van hoe zit en daar kun je dan nog iets van voorbeelden bij doen’*. Hierbij gaf ze de uitleg dat alle medewerkers nu al een aantal verplichte e-learnings hebben die ze moeten volgen, als hier een e-learning over ROM bij zou kunnen komen zou dit ook een verplicht onderdeel kunnen worden. Hier kwam echter tijdens de focusgroep wel gelijk wat weerstand op van andere sociotherapeuten. Zo gaf een sociotherapeut de reactie: *‘Ja, maar blijft dat hangen dan? Van die vorige e-learnings weet ik niet zoveel meer van’*. Het is dus de vraag of je bij iedere sociotherapeut met een e-learning iets bereikt.

Daarnaast werd in de focusgroepen ook over klinische les gesproken. Een sociotherapeut zegt: *‘Maar eigenlijk ja zou er een keer klinische les of zo gegeven moeten worden over ROM dat zou denk ik het beste zijn om hem te implementeren’*. Op de vraag wat er zou moeten gebeuren in de klinische les antwoordde de sociotherapeut: *‘Misschien wel de waaroms van ROM weet je. Waarom neem je af. En ook de verschillende manieren eigenlijk. Hetzelfde als cultureel interview. Want ik kan hem weer heel anders afnemen dan (andere sociotherapeut). Maar we kunnen wel heel veel leren van elkaar. Weet je, ga je puur met het papier te werk of moet het juist meer een gesprek zijn, waar je informatie uit haalt? Want dat is veel menselijker in plaats van dat je gaat zeggen: ‘nou, we gaan even beginnen’*. Hierbij geeft de sociotherapeut aan dat ze veel van elkaar zouden kunnen leren.

6.3 Didactisch concept

Er is gekozen voor het didactische concept ‘authentiek leren’. Bij dit didactische concept wordt er geleerd aan de hand van reële situaties (Hoobroeckx & Haak, 2002). Dit didactische concept valt onder het actief leren. Er is voor dit didactisch concept omdat er dan met casussen gewerkt kan worden. In de focusgroepen kwam naar voren dat met casussen werken als leuk wordt ervaren, zie het citaat in

hoofdstuk 6.2.2 (2e alinea). Daarnaast sluit het aan bij het ordeningsprincipe 'processen en procedures'. Er kan bij elke stap die voorkomt in de procesbeschrijving gebruikt worden gemaakt van authentiek leren.

Daarnaast is er tijdens de focusgroepen aangegeven (zie paragraaf 6.2) dat zij graag praktisch leren aan de hand van voorbeelden. Dit didactische concept sluit hierop aan omdat reële situaties kunnen worden gebruikt als voorbeelden.

6.4 Didactisch model

Om tot een zo goed mogelijk passend didactisch model te komen is allereerst gekeken naar de 'leerfuncties'. Leerfuncties zijn functies die tijdens het leren moeten worden gedaan om een leerproces te voltooien (Shuell, 1996). Voorbeelden van leerfuncties zijn; oefenen, samenvatten, informatie opdoen of reflecteren. Deze functies kunnen gebruikt kunnen worden in de training om datgene wat geleerd moet worden, zo goed mogelijk aan te leren.

Omdat de leerdoelen van de training voornamelijk op inzicht- en toepassingsniveau zijn, is gekozen voor het OPOE-model. Het OPOE-model bestaat uit vier fases, namelijk Oriëntatie op de leerstof, Presentatie van de leerstof, Oefening en Evaluatie en toetsing (Hoobroeckx & Haak, 2002). Dit sluit aan bij de leerdoelen omdat er volgens dit model steeds weer presentatie en oefening plaatsvindt. Hierdoor kunnen de sociotherapeuten inzicht opdoen en opgedane kennis toepassen. Tevens past dit goed bij het didactisch concept authentiek leren omdat er steeds weer geoefend kan worden aan de hand van een reële situatie.

6.5 Didactische werkvormen

Voor de training zijn er per subleerdoel meerdere didactische werkvormen gekozen. De werkvormen zijn gekozen aan de hand van al bestaande werkvormen en vervolgens zo gevormd dat ze passend zijn bij deze training. Hieronder wordt kort onderbouwd waarom er voor bepaalde werkvormen is gekozen. Om de werkvormen te onderbouwen is er gebruik gemaakt van literatuuronderzoek naar hoe mensen leren.

Voor subleerdoel 1a is er gekozen voor de werkvormen 'zelfstandig lezen' en 'korte presentatie'. In de 'korte presentatie' zullen er enkele praktijkvoorbeelden aan bod komen zodat hetgeen wat de deelnemers hebben gelezen wordt gekoppeld met de praktijk. Van der Linden en Roelofs (2000) omschrijven dat leren door middel van een vraaggesprek effectief is om de gehele groep aan het denken te zetten, waardoor er sneller geleerd kan worden. Een vraaggesprek is een gesprek waarbij de deelnemers de kans krijgen om klassikaal vragen te stellen. Het voordeel bij een vraaggesprek is dat alle deelnemers mee kunnen denken over de vraag die gesteld wordt. Het vraaggesprek komt naar voren in subleerdoel 1d. Daarnaast is er ook gekozen voor een schrijfp opdracht, volgens James & Engelhardt (2012) draagt opschrijven bij aan het beter activeren van het brein. Hierdoor wordt waardevolle informatie sneller opgeslagen.

Voor subleerdoel 1b en subleerdoel 1c is er gekozen voor de 'samenwerkingsvorm twee aan twee'. Volgens Pearn, Roderick en Mulrooney (1995) is het voor groepen van groot belang dat zij de leerdoelen als een gemeenschappelijk doel zien in de training. Wanneer de leerdoelen te veel individueel worden gezien zal er minder snel worden geleerd. Samenwerken kan bijdragen aan het zien van een gemeenschappelijk doel (Pearn et al., 1995). Tomassini (2000) omschrijft dat zelfstandig

leren ofwel theoretisch leren enkel zinvol is wanneer dit later wordt gekoppeld aan voorbeelden in de praktijk.

Voor subleerdoel 2a is er tevens gekozen voor een 'zelfstandig lezen' opdracht en daarnaast een 'schrijfopdracht' aan de hand van een casus. Hierdoor wordt de gelezen informatie gelijk gekoppeld aan een praktijkvoorbeeld. In de focusgroepen kwam naar voren dat er eerder is gewerkt met een casus en dat dit goed is bevallen, zie het citaat in hoofdstuk 6.2.2 (2e alinea).

Bij subleerdoel 2b is er gekozen voor een schrijfopdracht in combinatie met een rollenspel. Een rollenspel past volgens Hoobroeckx en Haak (2002) bij een leerdoel op inzichtniveau. Dit sluit daarom goed aan bij subleerdoel 2b, dit betreft namelijk een doel op inzichtniveau. Volgens Hoogeveen en Winkels (2006) past de werkvorm 'rollenspel' goed bij leerdoelen waarbij het gaat om het combineren van leerinhoud toepassen in praktijk.

Tot slot is er voor subleerdoel 2c gekozen voor een presentatie en nog een rollenspel. Bij de presentatie leren de sociotherapeuten over SDM en Herstelondersteunende zorg. Dit wordt gelijk erna gekoppeld aan een praktijksituatie middels het rollenspel aan de hand van een casus. SDM en Herstelondersteunende zorg is onderdeel van een goed ROM gesprek (zie hoofdstuk 3.2)

6.6 Conclusie

Er is gekozen om het leermiddel vorm te geven als een training. Dit is gekozen aan de hand van het onderzoek naar op welke wijze de doelgroep leert. De doelgroep heeft aangegeven dat zij graag iets leren aan de hand van praktijkvoorbeelden en het doen van een rollenspel.

Voor de training is gekozen voor het didactisch concept 'authentiek leren'. Dit didactisch concept is gekozen omdat er dan met casussen gewerkt kan worden en daarnaast sluit het aan bij het eerder gekozen ordeningsprincipe 'processen en procedures'.

Vervolgens is gekozen voor het OPOE-model als didactisch model. Het OPOE-model is gekozen omdat het goed aansluit bij de leerdoelen van de training. Bij dit didactisch model vindt veel oefening plaats, wat ook aansluit bij de wensen van de doelgroep.

Tenslotte zijn er verschillende didactische werkvormen gekozen voor elk subleerdoel. Hierdoor komen alle leerdoelen in de training aan bod. Bij de werkvormen komt steeds weer het OPOE-model terug. Hierdoor zit er een vaste structuur in de training.

7. Evalueren

Tenslotte zal tijdens de training geëvalueerd moeten worden. Met evalueren bedoelen Hoobroeckx en Haak (2002) hoe de training straks, als deze is volledig is ontwikkeld en uitgevoerd is, geëvalueerd kan worden aan de hand van een evaluatie-instrument. Het is van belang dat wordt gekeken of de eindterm en leerdoelen middels deze training behaald kunnen worden. In dit hoofdstuk zal een advies worden gegeven hoe de trainer, de training straks kan evalueren. Daarbij zal een evaluatie-instrument worden ontworpen voor de training. De training is dus nog niet geëvalueerd voor deze verantwoording.

Het is belangrijk dat er geëvalueerd wordt. Hoobroeckx en Haak (2002) noemen een aantal redenen. Evalueren is allereerst voor de ontwerpers van belang. Zij kunnen namelijk leren wat zij goed of fout gedaan hebben bij het ontwerpen van de training. Daarnaast is het natuurlijk van belang voor de sociotherapeuten. Voor hen is het belangrijk dat er geëvalueerd wordt omdat zij dan aan kunnen tonen wat zij geleerd hebben, maar ook waar zij nog nazorg nodig hebben. Daarnaast geeft het de sociotherapeuten de kans om verbeterpunten aan te geven, zodat de training in de toekomst beter aan hun wensen kan voldoen. Ook voor de trainer is het van belang dat er geëvalueerd wordt. Hij of zij kan aangeven waar de training nog verbeterd moet worden, zodat het aan zijn/haar wensen kan voldoen in de toekomst. De trainer kan daarnaast aangeven of hij of zij de training in de toekomst vaker zou willen gebruiken. Tot slot is het voor de opdrachtgever belangrijk dat de training wordt geëvalueerd. Voor de opdrachtgever is het belangrijk dat aangetoond wordt of en in hoeverre de training geschikt is om het gewenste gedrag en de leerdoelen te behalen. Ook is het van belang om aan te tonen welke kosten er gemaakt zijn voor de training. Daarnaast is het nodig om vast te stellen of er nog meer of juist andere maatregelen nodig zijn om het probleem op te lossen en of zij verder willen gaan met de training (Hoobroeckx & Haak, 2002).

7.1 Wijze van onderzoek

Het evaluatie-instrument is ontworpen aan de hand van de vier evaluatieniveaus van Hoobroeckx en Haak (2002). Om de wijze van onderzoek toe te lichten worden de vier niveaus eerst uitgelegd. De vier evaluatieniveaus zijn als volgt (Hoobroeckx & Haak, 2002):

- Reactieniveau
- Leerniveau
- Gedragsniveau
- Resultaatniveau

Bij het reactieniveau gaat het er vooral om of de sociotherapeuten, tevreden zijn over de vorm van de training. Het leerniveau houdt in of de leerdoelen zijn bereikt middels de training. Bij het gedragsniveau wordt er teruggeblikt naar de analyse van gewenst gedrag en wordt er gekeken of de lerenden zich na de training zo gedragen als voorspeld. Bij het resultaatniveau wordt er gekeken of het probleem is opgelost (Hoobroeckx & Haak, 2002).

Het evalueren hoeft niet per se op alle vier niveaus, maar kan ook op één of meerdere niveaus gebeuren. Om te bepalen op welke niveaus er geëvalueerd dient te worden tijdens deze training, is er allereerst gekeken naar welke doelstellingen er voor deze training gelden voor het evalueren. Deze doelstellingen zijn gevormd door na te denken over welke soort beslissingen er na afloop van de training genomen moeten worden. Hiervoor is het boek van Hoobroeckx en Haak (2002) gebruikt, zij

beschrijven welk evaluatieniveau passend is bij welk soort beslissing je wilt nemen naar aanleiding van de evaluatie.

Vervolgens is er een evaluatieplan geschreven waarbij aan de trainer wordt uitgelegd wat geëvalueerd moet worden, met welk beslissingsdoel, op welk moment, bij wie, in welke vorm en op welke manier de gegevens van de evaluatie verwerkt moeten worden (Hoobroeckx & Haak, 2002).

7.2 Evaluatieplan

Allereerst moet er een gekeken worden naar het beslissingsdoel van het evalueren van de training. Dit houdt in wat het doel is voor het evalueren en waarover besluiten moeten worden genomen na afloop van de training om te bepalen of de training zinvol is geweest en voortgezet moet worden, of dat er nog aanpassingen nodig zijn.

7.2.1 Keuze van evaluatieniveaus

Het is van belang dat gekeken wordt naar wat moet gebeuren als de training niet uitvoerbaar blijkt binnen de randvoorwaarden. Dit past binnen het reactieniveau (Hoobroeckx & Haak, 2002).

Daarnaast moet na afloop van de training besloten worden wat moet gebeuren als blijkt dat niet alle sociotherapeuten de leerdoelen hebben bereikt. Deze beslissing valt binnen het leerdoelniveau (Hoobroeckx & Haak, 2002). Verder is het belangrijk dat wordt gekeken of de leerdoelen geschikt zijn om het gewenste gedrag te bereiken en wat moet gebeuren als het gewenste gedrag niet bereikt is. Deze twee beslissingen horen bij het gedragsniveau (Hoobroeckx & Haak, 2002). Tot slot past de vraag van Hoobroeckx en Haak (2002) “wat doen we als het probleem niet opgelost blijkt te zijn?” tot een van de doelen om te evalueren. Dit hoort bij het resultaatniveau.

Er dient op alle vier de niveaus geëvalueerd te worden, omdat alle beslissingsdoelen passen binnen de doelstellingen van de training. Het doel van de training is dat de sociotherapeuten in gesprek kunnen gaan over ROM met patiënten. Er is nog geen proeftraining gedraaid, er is enkel een ontwerp ontwikkeld voor de training. Het is daarom van belang dat de training alle niveaus wordt geëvalueerd, met als doel dat de evaluatie zo uitgebreid mogelijk is en er vanuit verschillende oogpunten wordt gekeken hoe de training eventueel kan worden aangepast.

7.2.2 Betrokkenen bij het evalueren

De mensen die betrokken zijn bij het evalueren zijn allereerst de sociotherapeuten en de aandachtsfunctionarissen ROM. Aan hen wordt gevraagd wat ze van de training vonden en of ze het idee hebben dat ze de leerdoelen hebben bereikt (reactie- en leerdoelniveau).

Daarnaast is de opdrachtgever en de projectmanager van ROM betrokken bij het evalueren. Aan hen kan gevraagd worden of ze het idee hebben dat het gewenste gedrag is bereikt en dat het probleem is opgelost (leerdoelniveau- en resultaatniveau).

Ook de opleidingsmanager is betrokken bij het evalueren. Aan de opleidingsmanager kan gevraagd worden of de training uitvoerbaar is binnen de randvoorwaarden (reactieniveau). Dit kan ook gevraagd worden aan de trainer zelf. De trainer is als laatste betrokken bij het evalueren. De trainer kan tijdens de training observeren hoe de sociotherapeuten het geleerde tijdens de training toepassen en of dit aansluit bij de leerdoelen en het gewenste gedrag (leerdoel- en gedragsniveau).

7.2.3 Moment van evalueren

Er zal op meerdere momenten geëvalueerd moeten worden tijdens de training. Omdat is gekozen voor het didactische model OPOE, wordt een vaste structuur in de training vastgehouden waardoor

evalueren steeds weer terug komt. Er wordt voor het eerst geëvalueerd nadat alle subleerdoelen van leerdoel 1 aan bod zijn gekomen. Er wordt geëvalueerd door de deelnemers vragen te laten stellen en te laten reageren op de voorgaande werkvormen. Hierdoor kunnen zij aangeven hoe zij de werkvormen die tot dan toe aan bod zijn gekomen hebben ervaren en of zij hier nog vragen over hebben. Het volgende moment van evalueren vindt aan het einde van de werkvorm bij subleerdoel 2a. Dit wordt gedaan middels van een groepsgesprek.

Tenslotte wordt er aan het einde van de training nog geëvalueerd. Deze evaluatie heeft als doel om de gehele training te evalueren.

7.2.4 Keuze van meetinstrument

Hoobroeckx en Haak (2002) beschrijven dat het goed is om te evalueren aan de hand van een drieluik van instrumenten. Dit is volgens hen belangrijk omdat dit de mate van betrouwbaarheid van de evaluatie vergroot. Evalueren aan de hand van een drieluik houdt in dat er drie verschillende methoden gebruikt moeten worden (Hoobroeckx & Haak, 2002).

Zoals in hoofdstuk 7.2.3 beschreven wordt de training op drie momenten geëvalueerd. Op deze drie momenten zullen verschillende evaluatie instrumenten gebruikt worden. Het eerste moment dat geëvalueerd zal gaan worden, wordt dat gedaan aan de hand van een mondeling interview. Bij het mondelinge interview zal gevraagd worden naar meningen, ervaringen en oordelen van de sociotherapeuten over de voorgaande werkvormen. Het mondelinge interview is een evaluatiemethode op gedragsniveau (Hoobroeckx & Haak, 2002).

Het tweede moment van evalueren vindt plaats na de werkvorm bij subleerdoel 2a. Hierbij wordt het evaluatie instrument 'groepsgesprek' gebruikt. Bij het groepsgesprek kan worden nagegaan welke mening de sociotherapeuten hebben over de werkvorm en of zij elkaars mening delen. Dit valt binnen het reactieniveau (Hoobroeckx & Haak, 2002).

Tenslotte moet aan het einde van de training de gehele training worden geëvalueerd. Dit wordt gedaan aan de hand van een gesloten toetsvorm. Aan de hand van de gesloten toetsvorm wordt er gekeken of de leerdoelen van de training zijn behaald. Binnen de gesloten toetsvormen zijn er veel variaties en methodes mogelijk. Voor de training is gekozen voor een quiz. Bij deze quiz krijgen de sociotherapeuten verschillende vragen welke aansluiten bij de kennis en vaardigheden die worden opgedaan tijdens de training. Dit evaluatie instrument past binnen het leerdoelniveau (Hoobroeckx & Haak, 2002).

Na elke werkvorm dient de trainer controlevragen te stellen. Door controlevragen te stellen kan gecontroleerd worden of de sociotherapeuten het leerdoel van de werkvorm behaald hebben. De controlevragen zijn terug te vinden in het draaiboek van de training.

Het is raadzaam om te evalueren op resultaatniveau. Dit kan echter niet tijdens de training plaatsvinden. Pas nadat de sociotherapeuten de geleerde kennis en vaardigheden hebben kunnen toepassen op de werkvloer, kan er getoetst worden of het probleem verholpen is. Daarom dient er een enquête te worden uitgedeeld aan de deelnemers, waarbij ze kunnen aangeven of ze nu beter in gesprek kunnen gaan over ROM en of dit toe te schrijven is aan de training (Hoobroeckx & Haak, 2002). In de enquête kan er ook gevraagd worden naar of de ROM inmiddels al meer bekendheid heeft

gekregen na de training, of de training nut heeft gehad en of de motivatie van de sociotherapeuten met betrekking tot ROM werkzaamheden is gestegen.

7.2.5 Verwerking van de evaluatiegegevens

In verband met de privacy dienen de evaluatiegegevens van de deelnemers anoniem te worden verwerkt. Dit houdt in dat naam en de afdeling waar de deelnemer werkzaam is niet benoemd worden. Naar aanleiding van de evaluatiegegevens dienen de verbeterpunten van de training in kaart te worden gebracht. Aan de hand van deze verbeterpunten kan worden vastgesteld op welk vlak de training aangepast dient te worden, of er een geheel nieuw leermiddel ontworpen dient te worden of dat de training hetzelfde kan blijven.

7.2.6 Gedragsverandering die van toepassing is na de training

In hoofdstuk 6.2.1. zijn een aantal theorieën over gedragsverandering genoemd. Sociaal leren en cognitief leren (zie 6.2.1.) zal na de training bij kunnen dragen aan blijvende gedragsverandering wanneer de training op de juiste manier wordt uitgevoerd. Het effect van sociaal leren zal vooral merkbaar zijn wanneer de voorbeelden in de training helder worden gepresenteerd. Cognitief leren zal na de training merkbaar zijn wanneer de deelnemers tijdens de training hebben geoefend.

7.3 Conclusie

Gezien de tijd die stond voor het onderzoek is er geen proeftraining gedaan. Het is daarom van belang dat deze proeftraining gedaan wordt en dat uitgebreid wordt geëvalueerd tijdens en na de proeftraining. Hiervoor is een evaluatieplan beschreven (zie 7.2).

Tijdens de training wordt op drie momenten geëvalueerd met de deelnemers. De eerste keer wordt dit gedaan aan de hand van een mondeling interview over de werkvormen bij leerdoel 1 (a,b,c,d). De tweede evaluatie tijdens de training wordt gedaan middels een groepsgesprek. Dit groepsgesprek gaat over de werkvorm bij leerdoel 2a. Tenslotte wordt aan het einde van de training nog geëvalueerd aan de hand van een quiz. Dit is tevens een moment om te kijken of de leerdoelen zijn behaald. Een aantal weken na de training wordt er nog op resultaatniveau geëvalueerd. Hiervoor krijgen alle deelnemers een enquête met vragen die uitwijzen of er verbetering is en of dit te wijten is aan de training. Na afloop van de evaluatie worden de gegevens anoniem verwerkt. Vervolgens wordt er gekeken of de training moet worden aangepast, opnieuw moet worden ontworpen of hetzelfde kan blijven.

8. Discussie

Voorafgaand aan het onderzoek is een plan van aanpak geschreven over de opzet van het onderzoek. Tijdens de uitvoeringsfase van het onderzoek zijn enkele discussiepunten naar voren gekomen.

Verhoeven (2018) zegt dat een onafhankelijke houding cruciaal is voor het uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Binnen dit onderzoek was er voorkennis over het verloop van de ROM in CTP Veldzicht. Hierdoor kun je de wijze waarop de onderzoekers objectief naar het vraagstuk gekeken hebben in twijfel trekken en kunnen de resultaten van het onderzoek beïnvloed zijn.

Een struikelblok van de georganiseerde focusgroepen is dat tijdens de tweede georganiseerde ronde van de focusgroep slechts twee sociotherapeuten aanwezig waren. Hierdoor is de input van de sociotherapeuten minder geworden als van te voren verwacht. Er dient rekening gehouden te worden met de representativiteit van de input van de sociotherapeuten. Daarnaast is veel verkregen data subjectief. De resultaten zijn daarom niet direct representatief voor alle sociotherapeuten binnen CTP Veldzicht. Om dit te voorkomen hadden bijvoorbeeld twee extra focusgroepen georganiseerd kunnen worden zodat de kans op genoeg input groter was.

Het onderzoek is verricht in een zeer korte periode (vijf maanden). Er is daarom te weinig tijd geweest om een proeftraining te geven. Echter is een proeftraining wel noodzakelijk om de training bij te stellen. De training is niet geëvalueerd waardoor nodige aanpassingen nog niet zijn verricht. Hierdoor kan het zijn dat de training nog niet het vooraf beoogde resultaat teweegbrengt, dit dient getoetst te worden middels een proeftraining.

Daarnaast werken binnen CTP Veldzicht veel verschillende medewerkers en is er regelmatig wisseling in personeel (voornamelijk sociotherapeuten). Hierdoor is de training geschikt voor medewerkers die momenteel werkzaam zijn bij CTP Veldzicht, maar over enkele jaren kan het zijn dat de training niet meer relevant is omdat nieuwe medewerkers niet tegen dezelfde problemen aanlopen en een andere visie hebben.

Voor het veldonderzoek zijn zes andere instellingen en organisaties benaderd. De respons viel tegen tijdens het onderzoek, waardoor met twee instellingen contact is geweest. Mogelijk is het in een vervolgonderzoek handig om rekening te houden met de lange responstijd van andere instellingen. Doordat er met maar twee instellingen contact is geweest, heeft dit de betrouwbaarheid van het onderzoek negatief beïnvloed.

De opnameapparatuur tijdens het veldonderzoek heeft helaas niet gewerkt waardoor er data verloren is gegaan. De interviews tijdens het veldonderzoek bij andere instellingen en of organisaties zijn niet opgenomen, wel is een verslag gemaakt direct na het gesprek. Hierdoor is wel geprobeerd om zoveel mogelijk data te behouden. In een vervolgonderzoek kan het verstandig zijn om de apparatuur van te voren te testen.

Het onderzoek kan toevallige meetfouten bevatten waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek afneemt. Er is in dit onderzoek gewerkt met de meningen en overtuigingen van mensen, deze kunnen na verloop van tijd veranderen waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek kan afnemen

(Verhoeven, 2018). Een sterk punt van dit onderzoek met betrekking tot de betrouwbaarheid is dat de interviews en focusgroepen door de twee onderzoekers samen zijn gedaan. Hierdoor is in dezelfde stijl geïnterviewd. De validiteit van het onderzoek is hoog, er is namelijk letterlijk uitgevraagd wat de sociotherapeuten wilde leren. De onderzoeksvraag is beantwoord. De validiteit is daarom een sterk punt van het onderzoek.

De focusgroepen hebben veel bruikbare data gebracht die gebruikt zijn bij het ontwerpen van de training. Ook is op meerdere manieren onderzoek gedaan, zo zijn focusgroepen georganiseerd, zijn expertinterviews gehouden en tot slot is literatuuronderzoek verricht. Deze verschillende manieren van onderzoek zijn sterke punten omdat de oplossing gebaseerd is op meerdere partijen die met het probleem in verband staan.

9. Aanbevelingen

9.1 Aanbevelingen voor de training

Het doel van de training is dat de sociotherapeut een gesprek kan aangaan met de patiënt over ROM resultaten. Hieronder zijn enkele aanbevelingen gedaan die CTP Veldzicht ten goede kunnen komen en het proces van ROM.

Zoals in de discussie besproken is er geen tijd geweest tijdens het onderzoek om een proeftraining te doen. Hierdoor is de training nog niet geëvalueerd en aangepast. Een aanbeveling aan CTP Veldzicht is om deze proeftraining te geven en daarna te evalueren. Door het evalueren van de training kan worden gekeken of het doel behaald wordt middels de ontworpen training of dat nog aanpassingen moeten worden verricht.

Binnen CTP Veldzicht werken veel verschillende medewerkers en is er regelmatig wisseling in personeel (voornamelijk sociotherapeuten). Hier dient rekening mee te worden gehouden als de training na enkele jaren opnieuw wordt ingezet. Nieuwe medewerkers (sociotherapeuten) kunnen namelijk een andere visie hebben op de werkwijze waardoor deze training minder effectief kan zijn voor een nieuwe groep medewerkers. Het is mogelijk dat het doel van de training met een nieuwe groep medewerkers niet wordt behaald middels de ontworpen training.

Bij deze verantwoording is uitsluitend onderzocht hoe sociotherapeuten kunnen leren om een goed ROM gesprek te voeren met patiënten. Er is niet onderzocht hoe hoofdbehandelaren ROM kunnen inzetten in de behandeling en hoe zij ROM kunnen gebruiken bij het eventueel aanpassen van de behandeling. Aanbevolen wordt om te onderzoeken of hoofdbehandelaren hier behoefte aan hebben en indien nodig ook een leermiddel voor hen te ontwerpen.

9.2 Aanbevelingen met betrekking tot ROM in het algemeen

Binnen Veldzicht zijn ROM vragenlijsten standaard voor alle patiënten. Binnen Veldzicht wordt niet gekeken naar welke ROM vragenlijst relevant is voor welke patiënt. Tijdens het Veldonderzoek bij de Oostvaarderskliniek, kwam naar voren dat het transfore-fact team van de Oostvaarderskliniek kijken naar welke ROM vragenlijsten relevant zijn voor welke patiënten. Er is bij de Oostvaarderskliniek geen standaard aantal vragenlijsten voor bepaalde doelgroepen patiënten. Het advies is om per patiënt af te stemmen welke ROM vragenlijsten relevant zijn, en enkel die af te nemen. Mogelijk kunnen de sociotherapeuten zelf een keuze maken welke ROM vragenlijsten ze relevant vinden voor welke patiënt. Wat dit mogelijk op kan leveren en wat de valkuilen hierin zijn dient nog onderzocht te worden.

Bij dit onderzoek is de behoefte van de patiënten buiten beschouwing gelaten. Omdat de mening en behoefte van patiënten wel belangrijk is, wordt aanbevolen om dit te onderzoeken. Hierdoor kom je erachter wat patiënten zelf graag terug willen krijgen in het gesprek over ROM resultaten en wat voor hen het meest belangrijk hierin is. Dit kan vervolgens worden meegenomen tijdens het in gesprek gaan over ROM. Eventueel kan deze informatie ook worden toegevoegd aan de training van deze verantwoording.

In zowel het gesprek met de Oostvaarderskliniek als in de focusgroepen kwam naar voren dat ROM vragenlijsten ander inziens beter afgenomen kunnen worden door sociotherapeuten zelf in plaats van stagiaires. Het voordeel dat werd genoemd was dat het contact mogelijk makkelijker zou verlopen als de patiënt een bekend gezicht ziet, waardoor de vragenlijsten mogelijk sneller kunnen worden ingevuld en dan kost het afnemen van ROM minder tijd.

Tijdens het Veldonderzoek bij Dimence werd verteld dat de motivatie bij de start van ROM laag was. Bij Dimence vindt jaarlijks een bijeenkomst plaats waarbij alle afdelingen met elkaar worden vergeleken. Hierdoor ontstaat een overzicht waar de meeste vragenlijsten zijn afgenomen, met als doel om de motivatie te verhogen. Ook worden bepaalde afdelingen beloond voor hun goede resultaten in het afnemen van ROM waardoor de motivatie verhoogd wordt. Een aanbeveling aan CTP Veldzicht is om de motivatie van de sociotherapeuten te verhogen door een soortgelijk overzicht te creëren.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de HoNOS veel tijd in beslag neemt van de sociotherapeuten waardoor sociotherapeuten niet in gesprek gaan over ROM vragenlijsten. Een aanbeveling aan CTP Veldzicht is om te onderzoeken hoe de HoNOS minder tijd in beslag kan nemen, of om te onderzoeken waar sociotherapeuten mogelijk meer tijd kunnen winnen om zich bezig te houden met ROM.

Uit de focusgroepen kwam naar voren dat de sociotherapeuten de beschikbare informatie over ROM moeilijk vindbaar vinden. Ook werd genoemd dat de beschikbare informatie erg veel was om door te lezen. Een aanbeveling aan CTP Veldzicht is om te onderzoeken hoe de informatie over ROM beter gevonden kan worden en waar de informatie mogelijk ingekort kan worden zodat het lezen van de informatie uitnodigender wordt.

Uit de focusgroepen kwam naar voren dat de samenwerking tussen de onderzoeksassistenten en de sociotherapeuten niet altijd goed verloopt. Zo zei een sociotherapeut: *“je ziet ze (onderzoeksassistenten) nooit. Jullie komen de vragen afnemen en gaan weer weg.”* Er wordt aanbevolen om deze samenwerking te verbeteren. Hier is in de afgelopen tijd al in verbeterd door onderzoeksassistenten vast aan afdelingen te koppelen. Dit zou nog verder verbeterd kunnen worden door de onderzoeksassistent aan te laten sluiten de voltallige team bespreking (VTB) van de afdelingen waaraan de onderzoeksassistent gekoppeld is.

9.3 Aanbevelingen aan CTP Veldzicht

Binnen CTP Veldzicht is veel weerstand tegen ROM. Dit bleek ook uit de focusgroepen. Zie het citaat in 2.2.3 oorzaken van het probleem (weerstand). Er lijkt veel weerstand te zijn wanneer er veranderingen plaatsvinden binnen de organisatie. Daarom wordt aanbevolen om te onderzoeken hoe deze weerstand kan worden verkleind of hoe het draagvlak van de sociotherapeuten en/of het overige personeel kan worden vergroot.

De sociotherapeuten gaven de taalbarrière als struikelblok aan in het gesprek over ROM met de patiënt maar ook in andere behandelingen wordt het genoemd als struikelblok. Mogelijk kan CTP Veldzicht onderzoeken hoe de taalbarrière in gesprekken met patiënten verkleind kan worden.

Literatuurlijst

Akwa GGZ. (z.d.). *GGZ Dataportaal*. Geraadpleegd op 1 april 2019, van <https://akwaggz.nl/ggzdataportaal/>

Barendregt, M. (2015). Benchmarken en andere functies van ROM: back to basics. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57(7), 517-525.
<http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nlhhg.idm.oclc.org/assets/articles/57-2015-7-artikel-barendregt.pdf>

Burns, A., Beevor, A.S., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M., Mulinga, J., & Hadden, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+). *The British Journal of Psychiatry*, 174, 424-427.

CTP Veldzicht. (z.d.). *Onze patiënten*. Geraadpleegd op 4 februari 2019, van <https://www.ctpveldzicht.nl/onze-patienten/>

CTP Veldzicht. (z.d.). *Over CTP Veldzicht*. Geraadpleegd op 4 februari 2019, van <https://www.ctpveldzicht.nl/over-ctp-veldzicht/>

De Beurs, E. (2006). *Brief Symptom Inventory. Handleiding*. Leiden: PITS.Derogatis, L.R. (1975a). *The Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

De Haan, E. (2013). *De Herstelspecial. De route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet*. Een speciale uitgave in het kader van herstel en gelijkwaardig burgerschap. GGZ Nederland i.s.m. SWBU.

De Jong, K., & Van 't Spijker, A. (2013). Routine Outcome Monitoring: 'love it or leave it'?. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 39(03), 190-194.
<https://link-springer-com.nlhhg.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs12485-013-0032-6.pdf>

Dimence. (z.d.). *Over Dimence*. Geraadpleegd op 17 mei 2019, van <https://www.dimence.nl/over-dimence>

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367.
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-012-2077-6>

Hoffman, E. (2013). *Interculturele gespreksvoering: Theorie en praktijk van het TOPOI-model* (3e ed.). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Hoobroeckx, F., & Haak, E. (2002). *Onderwijskundig Ontwerpen*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Hoogeveen, P., & Winkels, J. (2006). *Het didactische werkvormenboek. Variatie en differentiatie in de praktijk*. Assen, Nederland: Koninklijke Van Gorcum BV.

James, K.H., & Engelhardt, L. (2012). The effects of handwriting experience on functional brain development in pre-literate children. *Trends in Neuroscience and Education*, 1(1), 32-42.

Jessurum, N. (2010). *Transculturele vaardigheden voor therapeuten*. Bussum, Nederland: Uitgeverij Coutinho.

Ketelaar, P.E., Hentenaar, F., & Kooter, M. (2011). *Groepen in focus: in vier stappen naar toegepast focusgroeponderzoek*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Lange, A., Hoogendoorn, M., Wiederspahn, A., & De Beurs, E. (2005). *BDHI-D. Handleiding, verantwoording en normering van de Nederlandse Buss-Durkee-Agressievragenlijst*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Maarsen, H. (2017). *ROM onder vuur: feiten en meningen*. Geraadpleegd op 30 mei 2019, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/rom-onder-vuur-feiten-en-meningen.htm>

Nederlands Instituut van Psychologen. (z.d.). *Routine Outcome Monitoring (ROM)*. Geraadpleegd op 1 april 2019, van <https://www.psynip.nl/actueel/themas/thema/routine-outcome-monitoring-rom/>

Oostvaarderskliniek. (z.d.). *ForFACT/ambulante zorg*. Geraadpleegd op 17 mei 2019, van <https://www.oostvaarderskliniek.nl/forfact>

Pearn, M., Roderick, C., en Mulrooney, C. (1995). *Learning organizations in practice*. London: McGraw-Hill Book company.

Plochg, T., Juttman, R.E., Klazinga, N.S., Mackenbach, J.P. (2006). *Handboek gezondheidsonderzoek*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Raue, P.J., Schulberg, H.C., Heo, M., Klimstra, S., & Bruce, M.L. (2009). Patients' depression treatment preferences and initiation, adherence, and outcome: a randomized primary care study. *Psychiatr Serv*, 60, 337-43.

Rijckmans, M.J.N., Bongers, I.M.B., Garretsen, H.F.L., & van de Goor, L.A.M. (2007). A clients' perspective on demand-oriented and demand-driven health care. *Int J Soc Psychiatry*, 53, 48-62.

Shuell, T.J. (1996). Teaching and learning in a classroom context. In D.C. Berliner & R.C. Calfee (Eds.), *Handbook of educational psychology* (pp. 726-763). New York, Verenigde Staten: Macmillan.

Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogearts, S. (2013). *Handleiding HKT-R, Historische, Klinische en Toekomstige-Revisie*. Groningen, Nederland: Stichting FPC Dr. S. van Mesdag.

Stompff, G. (2018). *Design Thinking*. Amsterdam, Nederland: Boom.

Tiemens, B., & De Jong, K. (2011). Evidence-based - monitoren omdat geen cliënt hetzelfde is. In S. Van Hees., P. Van der Vlist., & N. Mulder (Red.) *Van weten naar meten* (pp. 63-64). Amsterdam, Nederland: Uitgeverij Boom.

Tomassini, M. (2000). New meanings of learning organisations and spaces of human resources development within the globalising learning economy. First conference on HRD Research and Practice Across Europe, Conference papers. Kingston: Kingston Business School.

Trimbos Instituut. (z.d.). Herstelondersteunende zorg. Geraadpleegd op 28 mei 2019, van <https://www.trimbos.nl/kennis/herstelondersteunende-zorg-hee>

Trimbos Instituut. (2016). Shared Decision Making met ROM als informatiebron. Geraadpleegd op 28 mei 2019, van <https://assets.nkop.nl/docs/8c8b73d6-fcfa-4d13-8218-c90b90113edd.pdf>

Van der Feltz-Cornelis, C.M., Andrea, H., Kessels, E., Duivenvoorden, H., Biemans, M., & Metz, M. (2014). Shared decision making in combinatie met ROM bij patiënten met gecombineerde lichamelijke en psychische klachten; een klinisch-empirische verkenning. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56(6), 375-384. <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/56-2014-6-artikel-vanderfeltz-cornelis.pdf>

Van der Linden, J., & Roelofs, E. (2000) *leren in dialoog*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Van Ham, M., & Reitsma, E. (2011). Context - taal en vorm. In S. Van Hees., P. Van der Vlist., & N. Mulder (Red.) *Van weten naar meten* (pp. 27-33). Amsterdam, Nederland: Uitgeverij Boom.

Van Reenen, M., & Oppe, M. (2015). *EQ-5D-3L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument* (Version 5.1). Rotterdam: EuroQol Research Foundation.

Van Waveren, M. (2015). Interviewen: *onthullend en respectvol* (2e ed.). Bussum, Nederland: Coutinho.

Verhoeven, N. (2018). Wat is onderzoek? *Praktijkboek voor methoden en technieken* (5e ed.). Amsterdam, Nederland: Boom.

Wiekens, C.J. (2016). Beïnvloeden en veranderen van gedrag (5e ed.). Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux BV.

Bijlage 1: Interviewschema's

Interviewvragen voor veldonderzoek

Algemeen

Voor welke doelgroep is uw instelling er?

Wat voor behandelingen voert uw instelling uit?

Hoe lang werkt uw instelling al met ROM?

Hoe wordt ROM bij uw instelling uitgevoerd? Welke instrumenten worden er gebruikt, door wie etc.

Hoe ziet een ROM afname eruit? Hoeveel tijd kost een afname?

Hoe wordt ROM verwerkt? (bv komen de resultaten in het EPD en worden de resultaten gerapporteerd?)

Hoe kijken medewerkers/collega's tegen ROM aan?

Startfase ROM

Hoe zijn jullie gestart met ROM?

Kunt u vertellen hoe de eerste maanden toen jullie gestart zijn met ROM verliepen?

Tegen welke problemen liepen jullie aan m.b.t. ROM?

Hoe hebben jullie die problemen opgelost?

Is ROM voor jullie instelling van meerwaarde?

Heden (ROM)

Hoe gaat het nu met ROM in uw instelling?

Lopen jullie nog tegen problemen aan? Zo ja, welke?

In gesprek gaan over ROM met patiënten

Hoe geven jullie patiënten/cliënten informatie over ROM?

Hoe introduceren jullie ROM aan nieuwe patiënten/cliënten?

Wie koppelt de resultaten van ROM terug?

Wat doen behandelaars binnen uw instelling met ROM?

In hoeverre wordt ROM ook meegenomen in het behandelplan?

In hoeverre wordt ROM gebruikt tijdens de dagelijkse begeleiding/behandeling?

Hoe houden jullie rekening met cultuurverschillen tussen patiënten en behandelaar?

Hoe gaan jullie om met patiënten die geen testervaring hebben?

Wat vindt u belangrijk in het ROM gesprek over de resultaten van ROM vragenlijsten?

Wat vinden uw patiënten (over het algemeen) belangrijk in het gesprek over de resultaten van ROM vragenlijsten?

ROM Toekomst

Zijn er nog ontwikkelingen binnen uw instelling met het veranderen/verbeteren van ROM?

Evalueren jullie ROM in het algemeen als team? (bijvoorbeeld wordt het meegenomen in maandelijkse besprekingen?)

Bijlage 2: Opzet focusgroepen

Opzet focusgroepbijeenkomst

Opening

- Onszelf voorstellen
- Informeren over audio opname en onderzoek (brief laten ondertekenen)
- Doel uitleggen (in gesprek gaan over de resultaten van ROM, waar lopen jullie tegenaan en waarom lukt het nu nog niet).
- Belangrijk dat één persoon tegelijk spreekt
- Belangrijk dat ieder zijn mening kan uiten, voel je niet belemmerd in het zeggen wat je vindt en respecteer de mening van een ander.
- Korte voorstelronde wie je bent en welke afdeling.

Onderwerp inleiden

- Wie heeft er al wel eens ROM teruggekoppeld aan de patiënt, waarom wel of niet?
- Wat moet er in de training gebeuren waardoor jij denkt daar heb ik echt iets aan gehad? Laat elke deelnemer iets opschrijven, daarna bespreken wat iedereen heeft opgeschreven.
- Vraag bij wat de deelnemers aangeven door en vraag ook de andere groepsleden of zij het hiermee eens zijn of er anders naar kijken

Ideeën/meningen uitwisselen

- Meeschrijven met bepaalde ideeën/meningen
- De volgende vragen staan centraal: waar loop je tegenaan bij het in gesprek gaan over de resultaten van ROM met de patiënt? Wat zou je graag willen leren? Hoe zou je dat willen leren (handboek/training/workshop)? Wat is daar voor nodig? Wat is volgens jullie belangrijk bij het in gesprek gaan over de resultaten van ROM?

Conclusie vormgeven

- Laat iedereen opschrijven wat hij/zij concludeert aan de hand van deze bijeenkomst, wat is er naar voren gekomen.
- Met elkaar delen wat een ieder heeft opgeschreven.
- Belangrijkste aspecten die naar voren komen nogmaals benoemen (top 3 maken)

Afsluiting

- Deelnemers vragen laten stellen
- Deelnemers bedanken

Bijlage 3: Formulier ‘Zorgvuldig omgaan met proefpersonen’

Zorgvuldig omgaan met proefpersonen, respondenten en testkandidaten

Als student Toegepaste Psychologie krijg je af en toe te maken met anderen waar je ‘iets mee wilt’. Denk aan de respondenten voor een enquête, mensen die je interviewt, proefpersonen bij een experiment, ‘proefkonijnen’ voor het leren afnemen van een test, mensen die je in een reële situatie voor een opdrachtgever test of assesst enzovoort. Ook al zijn dat heel verschillende mensen in veel verschillende rollen, hier geven we ze gezamenlijk aan met de term ‘proefpersonen’. En ook al gaat het om veel soorten studentenactiviteiten, hieronder wordt steeds van ‘onderzoek’ gesproken.

Meedoen aan onderzoek heeft soms invloed op proefpersonen. Bovendien levert het informatie op die voor mensen – individueel of als groep – nadelige gevolgen *kan* hebben. Informatie die soms een lang leven leidt, bijvoorbeeld in jouw portfolio, in een schriftelijk rapport, in een folder of op een website. Daarom moet je met zowel proefpersonen als informatie zorgvuldig mee omgaan. Om een zorgvuldige werkwijze te kunnen garanderen, moet dit formulier vooraf worden ingevuld. Daarnaast vormen de hier genoemde onderwerpen een leidraad bij de bespreking van de zorgvuldigheidsmaatregelen in het onderzoeksverslag.

Procedure / instructie

- Via de studiehandleiding, Blackboard of bijvoorbeeld een mededeling van een docent wordt aangegeven of voor een studieonderdeel het formulier moet worden gebruikt en wanneer het dan moet worden ingeleverd.
- Vul (als dat van toepassing is met de groep) het formulier helemaal en naar waarheid in.
 - Doe dat digitaal.
 - Beantwoord de vragen door een kruis te zetten in kolom A. Als het kruis staat in het groene gedeelte van kolom A dan kun je doorgaan naar de volgende vraag.
 - Staat het kruis in het rode gedeelte van kolom A, beantwoord dan de vragen in het bijbehorende deel van kolom B. Tik het antwoord in het vakje bij die vragen. Zet vervolgens een kruis bij het meest passende antwoord in kolom C. Ga daarna pas door naar de volgende vraag in de eerste kolom van het formulier.
- Draai het ingevulde formulier uit en onderteken het (allemaal). Lever dit getekende formulier in bij de betreffende docent/coach/begeleider.
- Zorg dat de docent/coach/begeleider tegelijkertijd het bestand ook per e-mail krijgt.
- Het formulier maakt duidelijk welke punten in het onderzoek eventueel tot zorgvuldigheidsproblemen kunnen leiden. Vraag de docent/coach/begeleider zo nodig naar diens oordeel.
- De verantwoordelijkheid voor het in acht nemen van alle formele en informele regels van zorgvuldigheid blijft bij de uitvoerende student(en) liggen.
- In het onderzoeksrapport voor school dienen al de punten uit het formulier (eventueel kort) besproken te worden, ook als er geen problemen van worden verwacht. De meest passende plaats is in het algemeen een aparte paragraaf in het hoofdstuk waarin de onderzoeksoptzet wordt besproken. Denk eraan eventuele protocollen als bijlage bij het verslag op te nemen. Dat is niet alleen uit zorgvuldigheidsoogpunt van belang: het komt ook de verantwoording van het onderzoek als zodanig ten goede.

Zorgvuldigheidsmaatregelen onderzoek door studenten Toegepaste Psychologie

Project / vak / studieonderdeel:	Scriptie
Docent / coach:	Jacqueline Rothfus
Onderwerp:	In gesprek gaan over ROM in de transculturele psychiatrie, hoe kunnen sociotherapeuten leren om een goed ROM gesprek te voeren.
Begin- en eindtijd van het onderzoek:	Februari 2019 – juli 2019
Beschrijving van het onderzoek (kort maar volledig):	Binnen Centrum voor Transculturele Psychiatrie Veldzicht wordt sinds september jongstleden Routine Outcome Monitoring uitgevoerd. Dit zijn verschillende vragenlijsten die de effectiviteit van behandeling in kaart brengen. De vragenlijsten worden routinematig afgenomen bij alle patiënten in Veldzicht. Omdat is gebleken dat de resultaten op ROM vragenlijsten nog niet worden teruggekoppeld door de sociotherapeuten aan de patiënten, dient hiervoor een training en/of handboek ontwikkeld te worden. Binnen dit onderzoek wordt een ontwerp gemaakt voor deze training/handboek.

Ondergetekende(n) verklaart (verklaren) zonder voorbehoud en naar waarheid bijgaand formulier te hebben ingevuld in verband met in het kader van de opleiding Toegepaste Psychologie uit te voeren onderzoek.

Naam van de student(en):	Handtekening:
Romy Vlegels	
Elles Meier	

Datum:

	Aankruisen indien van toepassing	Beantwoord onderstaande vragen als in de vorige kolom het vakje met ☐ is aangekruist.	Kan hier redelijkerwijs toch nog schade uit ontstaan? (kruis het juiste vakje aan)	
	A	B	C	
1 Privacy / anonimiteit			Nee	Ja
1.1 Ken je de naam van proefpersonen? Heb je adresgegevens?	Nee ☐	Ja ☐ X	X	
		Hoe is de anonimiteit gegarandeerd? (Denk aan het niet opnemen van persoonlijke gegevens in een verslag, het veranderen van namen en gegevens enzovoort.) Wanneer worden de gegevens vernietigd en wie is daar verantwoordelijk voor? Als naam van proefpersoon of een bedrijf of dergelijke tóch wordt gepubliceerd, geven de betrokkenen daar dan expliciet toestemming voor? Van alle respondenten worden geen namen of adresgegevens genoemd in de scriptie. Nadat de interviews zijn getranscribeerd zullen de opnames verwijderd worden. Hier zijn wij als studenten zelf verantwoordelijk voor.		
1.2 Ken je het e-mailadres van de proefpersonen?	Nee ☐	Ja ☐ X	X	
		Hoe zorg je ervoor dat het adres uit je adressenlijst verdwijnt (sent items, contactpersonen, inbox, andere mappen enzovoort), o.a. met het oog op spam / verspreiding van virussen? (Verder als bij 1.1) Wanneer de scriptie is beoordeeld zullen alle mails welke naar proefpersonen zijn verzonden of welke wij van hen hebben ontvangen verwijderd worden. Hierdoor is er geen mailcontact terug te vinden.		
1.3 Beschik je over (andere) persoonlijke gegevens?	Nee ☐	Ja ☐ X	X	
		Zijn deze gegevens nodig? Waarom? (Verder als bij 1.1) Van de sociotherapeuten die als respondent hebben meegewerkt weten wij op welke afdeling zij binnen Veldzicht werken. De afdeling zal niet genoemd worden in de scriptie zodat niet te achterhalen is wie dit geweest is.		
1.4 Komen proefpersonen op foto of op beeld- of geluidband te staan?	Nee ☐	Ja ☐ X	X	
		Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Wie krijgen dit materiaal te zien / horen? Geven proefpersonen hier nadrukkelijk toestemming voor? (Verder als bij 1.1) De respondenten zijn vooraf op de hoogte dat er een audio opname wordt gemaakt en zij worden hiervoor om toestemming gevraagd. Dit wordt gedaan middels een brief met een toestemmingsverklaring welke zij ondertekenen. Op deze brief staat		

			vermeld wie dit materiaal te horen krijgt en dat het na het transcriberen zal worden verwijderd.		
1.5 Wordt er gewerkt met bekenden van de onderzoekers?	Nee ☒	Ja ☐	Bestaat de mogelijkheid van rolverwarring? Zijn er problemen denkbaar op het gebied van privacy of bijvoorbeeld strijdigheid van belangen en de verhouding die kan ontstaan door een lastige testuitslag? Wat wordt er gedaan om deze problemen te voorkomen? Welke alternatieve oplossingen zijn overwogen en waarom zijn die niet toegepast?	X	

2 Informatie en toestemming					
2.1 Wordt proefpersonen expliciet om toestemming gevraagd?	Ja ☒	Nee ☐	Waarom niet?	X	
2.2 Worden proefpersonen vooraf op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek / de interventie?	Ja ☒	Nee ☐	Waarom niet? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?	X	
2.3 Wordt proefpersonen naar waarheid duidelijk gemaakt wie de opdrachtgever is / welke belangen de opdrachtgever heeft?	Ja ☒	Nee ☐	Waarom niet? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?	X	
2.4 Kunnen proefpersonen deelname weigeren?	Ja ☒	Nee ☐	Waarom niet?	X	
2.5 Kunnen proefpersonen op elk moment stoppen / van verdere medewerking afzien?	Ja ☒	Nee ☐	Waarom niet?	X	
2.6 Wordt het proefpersonen duidelijk gemaakt in welke rol je met ze werkt? (Bijvoorbeeld om van te leren, als medewerker voor een opdrachtgever)	Ja ☒	Nee ☐	Waarom niet? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?	X	

2.7 Wordt proefpersonen de mogelijkheid geboden op de hoogte te worden gebracht van uitkomsten / resultaten?	Ja X ☐	Nee ☐	Waarom niet?	X	
2.8 Wordt aan proefpersonen onjuiste informatie verstrekt over de opdrachtgever, het doel van het onderzoek of dergelijke.?	Nee X ☐	Ja ☐	Waarom? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?	X	
2.9 Zijn (sommige) proefpersonen minderjarig?	Nee ☐ X	Ja ☐	Is toestemming geregeld met ouders/verzorgers? Zo nee, waarom niet?	X	
2.10 Zijn (sommige) proefpersonen wilsonbekwaam?	Nee ☐ X	Ja ☐	Is toestemming geregeld met eventuele andere verantwoordelijken? Zo nee, waarom niet?	X	
2.11 Is er een protocol gemaakt waarin staat hoe en in welke bewoordingen proefpersonen over de punten 2.1 tot en met 2.8 op de hoogte worden gebracht?	Ja ☐ X		Voeg het protocol bij. Zie brief in de bijlage		
		Nee ☐	Waarom niet?		

3 Mogelijke schadelijke effecten					
3.1 Is er tijdens het onderzoek sprake van misleiding van proefpersonen?	Nee X ☐	Ja ☐	Waarom is dit nodig? Wat is de aard van de misleiding? Wanneer en hoe worden proefpersonen op de hoogte gebracht (debriefing)?	X	
3.2				X	

Kan de proefpersoon door deelname geestelijk, sociaal, fysiek of andere nadeel ondervinden? Denk hierbij <i>onder andere</i> aan bewustwording van iets onaangenaams, in verlegenheid, frustratie of stress worden gebracht, het ongewenst bekend worden van uitkomsten enzovoort.	Nee ☒	Ja ☐	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?		
3.3 Kunnen er groeperingen (denk ook aan kwetsbare groepen / minderheden) door deelname aan of bijvoorbeeld uitkomsten van onderzoek of publiciteit erover ervan nadeel ondervinden?	Nee ☒	Ja ☐	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?	X	
3.4 Kunnen organisaties en dergelijke (bijvoorbeeld school of woningbouwcorporatie die er 'slecht' van afkomt) nadelen ondervinden van de uitkomsten van of publiciteit rond het onderzoek?	Nee ☒	Ja ☐	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Zijn betreffende organisaties hiervan op de hoogte?	X	
3.5 Kunnen er op basis van het onderzoek beslissingen worden genomen (door bijvoorbeeld opdrachtgever) die nadelig kunnen zijn voor bepaalde (groepen) mensen?	Nee ☒	Ja ☐	Welke beslissingen kunnen voor wie nadelig zijn? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Zijn andere betrokkenen hiervan op de hoogte?	X	
3.6 Kunnen uitkomsten / testuitslagen schokkend / naar zijn voor de betrokkene?	Nee ☒	Ja ☐	Worden er vooraf afspraken gemaakt over de bespreking van de uitkomsten / uitslagen? Is er de mogelijkheid van opvang, nazorg of doorverwijzing geregeld?	X	

4. Afweging voor- en nadelen					
Als er in het voorgaande zaken zijn waarmee proefpersonen of anderen te kort kan worden gedaan,	Ja ☒	Nee ☐	Welke voordelen zijn dat? In hoeverre wegen de nadelen op tegen deze voordelen?		

staan daar wellicht voordelen van het onderzoek tegenover (verbetering van de situatie van mensen, onderwijs-/leerdoeleinden, verdiensten e.d.). Zijn er zulke voordelen?		X			
---	--	---	--	--	--

Bijlage 4: Brief en toestemmingsverklaring deelnemers

Geachte meneer of mevrouw,

Via uw afdelingshoofd bent u aangemeld om mee te werken aan een onderzoek over hoe er goed in gesprek kan worden gegaan over ROM met patiënten. U werkt mee door deel te nemen aan een focusgroep.

Wat is het doel van het onderzoek en wat wordt onderzocht?

Het doel van het onderzoek is om na te gaan hoe de sociotherapie kan leren om in gesprek te gaan over ROM met patiënten. Aan de hand van de opgedane informatie wordt een training of handboek ontworpen.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd en wat wordt er van u gevraagd?

Het onderzoek wordt uitgevoerd doormiddel van verschillende methodes. Allereerst is er veldonderzoek gedaan waarbij experts uit het werkveld zijn geïnterviewd. Daarnaast worden sociotherapeuten geïnterviewd in focusgroepen. Ook wordt er literatuuronderzoek gedaan. Van u wordt gevraagd om deel te nemen aan een focusgroep. De nadruk ligt op het in kaart brengen van de leernoodzaak en de behoefte van u als sociotherapeut in het kader van het in gesprek gaan over de resultaten op ROM vragenlijsten.

Wat gebeurt er moet uw gegevens?

Tijdens de focusgroep bijeenkomst zal een audio-opname gemaakt worden. Dit gebruiken wij zodat we correct kunnen transcriberen en in het onderzoek goed kunnen onderbouwen met wat verteld is. Uw gegevens worden daarbij niet gedeeld. Uw naam, achternaam en de afdeling waar u werkzaam bent zullen niet genoemd worden, zowel in de transcripten als in het uiteindelijk onderzoeksrapport. Nadat de opname is getranscribeerd zal de opname verwijderd worden.

Tot slot

Wij vragen uw toestemming om een audio-opname te maken tijdens de focusgroep. Daarnaast vragen wij uw toestemming dat wat u vertelt tijdens de bijeenkomst gebruikt kan worden in dit onderzoek. Daarvoor vragen wij u de toestemmingsverklaring, welke te vinden is in de bijlage, te ondertekenen.

Met vriendelijke groet,

Romy Vlegels en Elles Meier
Onderzoeksassistenten ROM

Bijlage: toestemmingsverklaring deelname onderzoek

Toestemmingsverklaring voor deelname aan het onderzoek

In gesprek gaan met patiënten over de resultaten op ROM vragenlijsten.

Hierbij geef ik

_____ (Naam en voorletter(s))

WEL / GEEN toestemming voor medewerking aan het onderzoek*:

* Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van dit onderzoek. De schriftelijke informatie, behorend bij deze verklaring, is mij overhandigd. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud daarbij het recht deze instemming weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden behoef op te geven. Indien mijn onderzoeksresultaten op welke manier dan ook openbaar worden gemaakt, zal dit volledig geanonimiseerd gebeuren. Mijn persoonsgegevens zullen niet door derden ingezien worden zonder mijn toestemming.

Handtekening _____ Datum:

Als ik nog verdere informatie over het onderzoek zou willen krijgen, nu of in de toekomst, kan ik me wenden tot de onderzoekers Romy Vlegels en Elles Meier: e.meier@dji.minjus.nl of de opdrachtgever Hanneke Koenjer: h.koenjer@dji.minjus.nl

‘Ik heb toelichting verstrekt op het onderzoek. Ik verklaar mij bereid nog opkomende vragen over onderzoek naar vermogen te beantwoorden.’

Romy Vlegels en Elles Meier

Onderzoeksassistentes ROM

Handtekening Romy Vlegels _____ Datum:

Handtekening Elles Meier _____ Datum:

Bijlage 5: De randvoorwaarden

Met de opdrachtgever zijn de randvoorwaarden voor de training besproken. Hieronder een opsomming van de eisen waar de training aan moet voldoen.

- De training moet intern (binnen CTP Veldzicht) gevolgd kunnen worden.
- De training moet in 2019 nog uitvoerbaar zijn.
- De training mag maximaal twee dagdelen duren.
- De training moet uitgevoerd worden door iemand die werkzaam is binnen het project ROM

Bijlage 6: Het draaiboek

Draaiboek bij de training:

Een goed ROM gesprek

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	63
1. Inleiding	64
2. Didactische vormgeving	66
2.1 Didactisch concept	66
2.2 Didactisch model	66
2.3 Didactische werkvormen	66
3. Lesplan	67
4. Voorbereiding	69
4.1 Belangrijk voor de trainer	69
4.2 Benodigde materialen	69
5. Trainingsonderdelen	70
Onderdeel 1	70
Onderdeel 2	72
Onderdeel 3	74
Onderdeel 4	76
Onderdeel 5	78
Onderdeel 6	79
Onderdeel 7	81
Onderdeel 8	83
Onderdeel 9	85
Literatuurlijst	87
Bijlage 1	89
Bijlage 2	97
Bijlage 3	104
Bijlage 4	105
Bijlage 5	106
Bijlage 6	107
Bijlage 7	109
Bijlage 8	110
Bijlage 9	111

1. Inleiding

Dit is het draaiboek voor de training 'een goed ROM gesprek'. Deze training is ontworpen in opdracht van Centrum voor Transculturele Psychiatrie (CTP) Veldzicht, binnen het project Routine Outcome Monitoring (ROM). Dit is gedaan ter afsluiting van de opleiding Toegepaste psychologie aan de Hanzehogeschool in Groningen.

Zoals eerder benoemd is de training ontworpen binnen het project ROM. De Jong en Van 't Spijker (2013) definiëren ROM als een manier om de behandeluitkomsten tijdens de behandeling te volgen. Binnen CTP Veldzicht wordt middels ROM de problematiek, het recidiverisico en de patiënttevredenheid in kaart gebracht. Dit wordt gedaan aan de hand van verschillende vragenlijsten en instrumenten. Voor de problematiek zijn dit de volgende vragenlijsten: Honos, BSI, EQ-5D, Social Defeat Scale en BDHI-D. Om het recidiverisico in kaart te brengen worden de instrumenten HKT-R en Saprof gebruikt. De patiënttevredenheid wordt gemeten aan de hand van de CQI vragenlijst. Deze vragenlijsten en instrumenten worden bij alle patiënten die binnen CTP Veldzicht verblijven afgenomen. De informatie en resultaten op de vragenlijsten worden gebruikt bij de behandelplanbespreking van de patiënt. Aan de hand van deze informatie kan de behandeling eventueel worden bijgesteld.

CTP Veldzicht is in september jongstleden gestart met de eerste uitvoeringsfase van de ROM. De ROM vragenlijsten worden afgenomen door onderzoeksassistenten, zij voeren ook de resultaten van de ROM vragenlijsten in. Dit gebeurt in het elektronische patiënten dossier (EPD). Ook de rapportage wordt verwerkt in het EPD. Het is de bedoeling dat de sociotherapeuten over de resultaten van de ROM in gesprek gaan met de patiënt. Op die manier wordt de patiënt op de hoogte gebracht van wat er uit de vragenlijsten naar voren is gekomen. De sociotherapeut kan dan in gesprek gaan met de patiënt wat hij/zij van de resultaten vindt en of hij/zij de resultaten herkent. Sociotherapeuten binnen CTP Veldzicht zijn verantwoordelijk voor de dagelijkse begeleiding en behandeling van patiënten op de verschillende afdelingen. Uit gesprekken tijdens vergaderingen en ROM bijeenkomsten met sociotherapeuten is gebleken dat de sociotherapeuten nog niet weten hoe zij de resultaten van de ROM kunnen inzetten in de dagelijkse begeleiding van patiënten en hoe zij in gesprek moeten gaan over de resultaten met de patiënten. Om dit de sociotherapeuten te leren is er een training ontworpen. De doelgroep van deze training is dus alle sociotherapeuten van CTP Veldzicht.

De training is ontworpen aan de hand van het boek Onderwijskundig ontwerpen van Hoobroeckx en Haak (2002). Dit boek geeft een helder stappenplan om een leermiddel te ontwerpen. Deze leerdoelen moeten de sociotherapeuten aan het einde van de training beheersen.

1. De sociotherapeuten kunnen uitleggen wat de ROM is aan de hand van voorbeelden (inzichtniveau).
 - a. De sociotherapeuten herkennen de inhoud van de vragenlijsten van de ROM. (kennisniveau)
 - b. De sociotherapeuten kunnen uitleggen wat de doelen van de ROM zijn. (inzichtniveau)
 - c. De sociotherapeuten kunnen de meerwaarde van de ROM samenvatten. (inzichtniveau)

- d. De sociotherapeuten laten zien dat zij de toestemming of het bezwaar van de patiënt m.b.t ROM in het EPD kunnen vastleggen. (toepassingsniveau)
2. De sociotherapeuten kunnen een gesprek met patiënten over de ROM uitvoeren. (toepassingsniveau)
 1. De sociotherapeuten zijn in staat om het gesprek over de ROM resultaten zelf voor te bereiden. (toepassingsniveau)
 2. De sociotherapeuten moeten de resultaten op ROM vragenlijsten kunnen uitleggen (inzichtniveau)
 3. De sociotherapeuten kunnen hun geleerde kennis over de theorieën 'shared decision making' en 'herstelondersteunende zorg' toepassen in een casus. (toepassingsniveau)

2. Didactische vormgeving

Om de training didactisch vorm te geven is er een didactisch concept, een didactisch model en zijn er didactische werkvormen gekozen. In dit hoofdstuk zullen deze keuzes worden toegelicht.

2.1 Didactisch concept

Er wordt gebruik gemaakt van didactische concept 'authentiek leren'. Bij dit didactische concept wordt er geleerd aan de hand van reële situaties (Hoobroeckx & Haak, 2002). Dit didactische concept valt onder het actief leren. Er is voor dit didactisch concept gekozen omdat er dan met casussen gewerkt kan worden.

2.2 Didactisch model

Er wordt bij deze training gebruik gemaakt van het didactisch model OPOE. Het OPOE-model is gekozen omdat de leerdoelen van de training voornamelijk op inzicht- en toepassingsniveau zijn. Het OPOE-model bestaat uit vier fases, namelijk Oriëntatie op de leerstof, Presentatie van de leerstof, Oefening en Evaluatie en toetsing (Hoobroeckx & Haak, 2002). Dit sluit goed aan bij de leerdoelen omdat er volgens dit model steeds weer presentatie en oefening plaatsvindt. Hierdoor kunnen de sociotherapeuten inzicht opdoen en opgedane kennis toepassen. Tevens past dit goed bij het didactisch concept authentiek leren omdat er steeds weer geoefend kan worden aan de hand van een reële situatie.

2.3 Didactische werkvormen

Voor deze training zijn er werkvormen gekozen in instructie-, samenwerkings-, interactie-, opdracht- en spelvorm, zoals Winkels en Hoogeveen (1992) dit omschrijven. De werkvormen zijn aan de hand van de subleerdoelen gekozen. Dit houdt in dat er per subleerdoel verschillende werkvormen zijn. In hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven van alle werkvormen in het lesplan.

3. Lesplan

In dit hoofdstuk wordt het lesplan van de training weergegeven. In het lesplan worden alle werkvormen benoemd per onderdeel van de training. Per werkvorm wordt ook weergegeven wat de globale bedoeling van de werkvorm is, binnen welke fase van het OPOE-model de werkvorm valt, welk leerdoel erbij hoort, hoeveel tijd er voor het onderdeel staat en welke materialen er nodig zijn.

Voor een uitgebreide omschrijving van de werkvormen wordt er verwezen naar hoofdstuk 5.

Onderdeel + Titel	Fase didactische model (OPOE)	Globale bedoeling	Leerdoel	Tijd (min)	Materiaal (per onderdeel)
1 Inleiding van de training	Oriëntatie	-Energizer (kennismaken) -Planning van de gehele training doorlopen	Deelnemers kennis laten maken. Overzicht creëren voor de deelnemers van de training en het doel van de training verhelderen.	20	-PowerPoint
2 Vragenlijsten herkennen.	Oriëntatie Presentatie	-Vragenlijsten aan deelnemers geven en laten doorlezen -Informatie geven over verschil tussen de vragenlijsten en de meetpretentie	1a. De sociotherapeuten herkennen de inhoud van de vragenlijsten van de ROM. (kennisniveau)	20	-PowerPoint -Uitgeprinte bijlage 2 X aantal deelnemers -Handleidingen EQ-5D, BSI, BDHI-D, social defeat.
3 De ROM doelen.	Presentatie Oefening	-Korte instructie over de doelen van de ROM. - In groepjes van twee elk benoemde doel van de ROM samenvatten in 1 zin.	1b. De sociotherapeuten kunnen uitleggen wat de doelen van de ROM zijn. (inzichtniveau)	20	-PowerPoint -Pennen -Papier
Pauze	-	-	-	10	-
4 De meerwaarde van de ROM	Oefening	-Ieder groepje schrijft vijf punten op waarom het nuttig kan zijn om over ROM in gesprek te gaan en presenteert dit kort aan de groep.	1c. De sociotherapeuten kunnen de meerwaarde van de ROM samenvatten. (inzichtniveau)	25	-PowerPoint -Pennen -Papier -Flap om op te schrijven -Dikke stift
5 Toestemming of bezwaar vastleggen in het EPD.	Oriëntatie presentatie Evaluatie	-De deelnemers wordt gevraagd of zij weten hoe ze toestemming of het bezwaar van de patiënt m.b.t ROM in het EPD kunnen vastleggen - Korte uitleg over hoe je toestemming of bezwaar van de patiënt m.b.t ROM in het EPD kunt vastleggen door middel van een testomgeving.	1d. De sociotherapeuten laten zien dat zij de toestemming of het bezwaar van de patiënt m.b.t ROM in het EPD kunnen vastleggen. (toepassingsniveau)	20	-Testomgeving van het EPD
Pauze	-	-	-	30	-
6 ROM gesprek voorbereiden	Oefening Evaluatie en toetsing	- Deelnemers een voorbeeldrapportage (casus) laten doorlezen en de belangrijkste punten laten opschrijven. - Daarna bespreken wat iedereen heeft opgeschreven, hierover meningen uitwisselen.	2a. De sociotherapeuten zijn in staat om het gesprek over de ROM resultaten zelf voor te bereiden. (toepassingsniveau)	20	- PowerPoint - Voorbeeld rapportage - Papier - Pennen

7 ROM resultaten terugkoppelen	Oefening	- Ieder voor zich laten voorbereiden hoe ze de resultaten op passend gespreksniveau kunnen uitleggen aan de patiënt (rekening houdend met niveau, ziektebeeld en evt. tolk) - Rollenspel in drietallen waarbij 1 de observator, 1 de patiënt is en 1 de sociotherapeut, waarbij de resultaten op ROM vragenlijsten door de ST worden uitgelegd aan de patiënt.	2b. De sociotherapeuten moeten de resultaten op ROM vragenlijsten kunnen uitleggen (inzichtniveau)	25	- PowerPoint - Voorbeeld rapportage
Pauze	-	-	-	15	-
8 Shared Decision Making en Herstelondersteunende zorg	Presentatie Oefening	- Presentatie over SDM en herstelondersteunende zorg - Rollenspel in drietallen waarbij 1 de observator, 1 de patiënt is en 1 de sociotherapeut, waarbij SDM en Herstelondersteunende zorg wordt toegepast in een gesprek a.d.h.v. casus vorige opdracht.	2c. De sociotherapeuten kunnen hun geleerde kennis over de theorieën 'shared decision making' en 'herstelondersteunende zorg' toepassen in een casus. (toepassingsniveau)	30	- PowerPoint - Voorbeeld rapportage - Theorie SDM en herstelondersteunende zorg
9 Training afsluiten	Evaluatie en toetsing	- Quiz over de geleerde kennis en vaardigheden waarbij meerdere antwoordmogelijkheden mogelijk zijn. - Evalueren met de deelnemers over de gehele training	1 (a,b,c,d) en 2(a,b,c) evalueren en afsluiten.	15	- PowerPoint

4. Voorbereiding

4.1 Belangrijk voor de trainer

Tijdens de training is het van belang dat de trainer goed ingelezen is in alle onderdelen. Zorg ervoor dat dit ruim op tijd (-+ 3 weken) voor aanvang van de training gebeurt. Sommige onderdelen zoals de handleidingen bestuderen kunnen veel tijd in beslag nemen. Daarnaast is het van belang dat er tijdig een ruimte wordt gereserveerd waarbij er voldoende ruimte is voor het aantal deelnemers. Verder is het raadzaam om een ruimte te kiezen waarbij het mogelijk ook geheel stil kan zijn. Dit is raadzaam omdat er in de training ook een oefening aan bod komt waarbij de deelnemers zelfstandig iets moeten bestuderen. Een ruimte waarbij er een digibord/beamer hangt is een absolute eis voor het goed kunnen uitvoeren van de training. Ten slotte is het ook raadzaam om op tijd alle materialen te bestellen/kopen zodat dit niet op het laatste moment nog moet gebeuren.

4.2 Benodigde materialen

- ❖ Ruimte met digibord/beamer
- ❖ Genoeg stoelen en tafels
- ❖ Handleidingen van de BSI, EQ-5D, BDHI-D en de Social defeat (ophalen in gebouw 10 diagnostiek)
- ❖ PowerPoint
- ❖ Uitgeprinte bijlage 2 X aantal deelnemers
- ❖ Pennen
- ❖ Papier
- ❖ Flap-over om op te schrijven
- ❖ Dikke stift
- ❖ Testomgeving van het EPD
- ❖ Voorbeeld ROM rapportage
- ❖ Theorie Shared Decision Making en herstelondersteunende zorg

5. Trainingsonderdelen

In dit hoofdstuk zal per onderdeel van de training een uitgebreide omschrijving worden gegeven.

Onderdeel 1

Titel

Inleiding van de training.

Voorbereiding

- PowerPoint klaarzetten (zie bijlage 1)
- Materialen van de training klaarleggen (zie 4.2 voor de volledige materialen checklist)

Tijd

15 min

Materiaal

- ❖ Digibord/beamer
- ❖ PowerPoint

Leerdoel

Overzicht creëren voor de deelnemers van de training en het doel van de training verhelderen.

Theorie

Niet van toepassing

Motivatie

Om het ijs te breken is het belangrijk dat de deelnemers kennis maken met elkaar. Het is belangrijk dat de deelnemers weten wat hun te wachten staat. Het is belangrijk om het doel van de training te verhelderen: 'De sociotherapeut kan een gesprek over de ROM en resultaten op ROM vragenlijsten met de patiënt aangaan.'

Instructie (15 min)

- Verwelkom de deelnemers
- Begin met de energizer, zie bijlage 8 voor de instructie (10 min).
- Vraag wat de deelnemers verwachten van de training (5 min).
- Ga door naar onderdeel 1 van de PowerPoint en lees het doel van de training voor (2,5 min).
- Laat het lesplan zien op de PowerPoint en geef bij elk onderdeel een korte uitleg van wat de bedoeling is (2,5 min).

Verloop

- Zorg dat de energizer duidelijk wordt uitgelegd.
- Het is belangrijk dat de deelnemers goed op de hoogte zijn van het doel van de training wees duidelijk in de uitleg.
- Bewaak de tijd.

Nabespreking (5 min)

- Vraag kort of de deelnemers elkaar wat beter hebben leren kennen door de energizer.

- Vraag aan de deelnemers of het doel van de training duidelijk is.
- Vraag aan de deelnemers of het lesplan duidelijk is.
- Vraag of de deelnemers nog vragen hebben over de training en beantwoord die als ze er zijn.
- Wanneer alle vragen zijn beantwoord kan worden overgegaan naar trainingsonderdeel 2.

Onderdeel 2

Titel

Vragenlijsten herkennen.

Voorbereiding

- Zorg ervoor dat de PowerPoint op trainingsonderdeel 2 staat
- Print voor alle deelnemers Bijlage 2 (BSI + EQ-5D + Social defeat + BDHI-D) 1x uit (bijlage 2 X het aantal deelnemers).
- Zorg er al trainer voor dat je bijlage 2 hebt doorgenomen.
- Neem als trainer bijlage 3 door.
- Neem als trainer van de voren de handleidingen van de BSI, EQ-5D, BDHI-D en het informatieblad van de social defeat door. De handleiding is te vinden binnen het diagnostiekgebouw 10 van Veldzicht. Let daarbij goed op de meetpretentie van iedere vragenlijst.

Tijd

20 min

Materiaal

- ❖ PowerPoint
- ❖ Uitgeprinte bijlage 2 X aantal deelnemers
- ❖ Handleiding EQ-5D, BSI, BDHI-D, social defeat.

Leerdoel

1a. De sociotherapeuten herkennen de inhoud van de vragenlijsten van de ROM. (kennisniveau)

Theorie

Zie voor de theoretische onderbouwing bijlage 3

Motivatie

Het is van belang dat de deelnemers allereerst weten wat de ROM vragenlijsten inhouden, en het verschil tussen de vragenlijsten kunnen herkennen.

Instructie (15 min)

- Vragenlijsten aan deelnemers geven en laten doorlezen (10 min).
- Informatie geven over verschil tussen de vragenlijsten en de meetpretentie aan de hand van de PowerPoint (5 min).

Verloop

- Zorg ervoor als trainer dat het tijdens het bestuderen van de vragenlijsten stil is in de ruimte.
- Geef duidelijk aan dat het de bedoeling is de vragenlijsten individueel te bestuderen.
- Let op signalen of de deelnemers het lukt om het door te lezen.
- Merk opvallendheden op die te maken hebben met het leerdoel en noteer deze.
- Geef complimenten over de inzet en werkhouding.
- Geef aan het begin van de korte presentatie aan dat vragen stellen achteraf mag.

- Bewaak de tijd.

Nabespreking (5 min)

- Laat de deelnemers stoom afblazen (wat vinden jullie van de vragenlijsten?)
- Laat de deelnemers vragen stellen
- Controleer of het doel is behaalt: stel controle vragen.

Onderdeel 3

Titel

De ROM doelen.

Voorbereiding

- Bestudeer als trainer bijlage 4 het formulier over de ROM doelen.
- Leg pennen en papier klaar om uit te delen aan de deelnemers.

Tijd

25 minuten

Materiaal

- ❖ PowerPoint
- ❖ Pennen
- ❖ Papier

Leerdoel

1b. De sociotherapeuten kunnen uitleggen wat de doelen van de ROM zijn. (inzichtniveau)

Theorie

Zie bijlage 4 voor de theorie.

Motivatie

Het is zinvol om de doelen van de ROM te behandelen zodat de sociotherapeuten weten waarom het nuttig is om met patiënten over de ROM resultaten in gesprek te gaan.

Instructie (15 min)

- Geef een korte instructie over de doelen van de ROM a.d.h.v. bijlage 4 (5 min).
- Deel de deelnemers in in groepen van 2 en geeft elke groep een pen en een papier.
- Laat de deelnemers in groepjes van twee de benoemde doelen van de ROM opschrijven in 1 zin (10 min).
- Zeg als trainer dat niet benoemde doelen ook mogen worden opgeschreven, als deelnemers zelf nog aanvullingen hebben.

Verloop

- Loop rond als trainer om vragen te beantwoorden tijdens de opdracht als dat nodig is.
- Laat deelnemers zelf nadenken en zeg de voorgaande genoemde doelen niet nogmaals.
- Let op signalen of de deelnemers het lukt om iets op te schrijven.
- Merk opvallendheden op die te maken hebben met het leerdoel en noteer deze.
- Geef complimenten over de inzet en werkhouding.
- Bewaak de tijd.

Nabespreking (10 min)

- Laat de deelnemers stoom afblazen.
- Vragen hoe de deelnemers de opdracht vonden.

- Vragen hoe de opdracht is gegaan (vraag wat de deelnemers hebben opgeschreven).
- Laat de deelnemers vragen stellen aan elkaar.
- Controleer of het doel is behaalt: stel controle vragen.

Onderdeel 4

Titel

Meerwaarde van de ROM

Vorbereiding

- Als trainer is het van belang dat je bij de deze oefening de groep het meeste aan het wordt laat.
- Zorg ervoor dat ieder groepje (dit mogen dezelfde groepjes zijn als bij onderdeel 3) voorzien is van pen en papier.
- Schrijf als trainer de punten die genoemd worden mee op een grote flap.

Tijd

25 minuten

Materiaal

- ❖ PowerPoint
- ❖ Pennen
- ❖ Papier
- ❖ Flap om op te schrijven
- ❖ Dikke stift

Leerdoel

1c. De sociotherapeuten kunnen de meerwaarde van de ROM samenvatten. (inzichtniveau)

Theorie

Niet van toepassing.

Motivatie

Als sociotherapeut is het handig om te weten wat de meerwaarde van de ROM is, zodat dit ook uitgelegd kan worden aan patiënten als het gesprek over de ROM resultaten gevoerd wordt.

Instructie (10 min)

- Zeg tegen de deelnemers dat er binnen dit onderdeel opnieuw gewerkt wordt in groepjes van twee.
- Voorzie ieder groepje van pennen en papier.
- Leg aan de groep de opdracht uit: schrijf vijf punten op waarom het nuttig kan zijn om over ROM in gesprek te gaan en laat ieder groepje 1 punt benoemen aan de groep (10 minuten).

Verloop

- Loop rond, als de deelnemers aan het schrijven zijn en kijk wat de deelnemers opschrijven.
- Let op signalen of de deelnemers het lukt om iets op te schrijven.
- Merk opvallendheden op die te maken hebben met het leerdoel en noteer deze.
- Geef complimenten over de inzet en werkhouding.
- Bewaak de tijd.

Nabespreking (15 min)

- Ieder groepje presenteert één opgeschreven punten (10 min).
- De trainer schrijft de punten mee op een flap
- Wanneer iedereen zijn of haar punten heeft opgeschreven vraagt de trainer wat de deelnemers vinden van de opgeschreven punten.
- Laat een aantal deelnemers aan het woord (5 min).
- Stel controlevragen of het doel behaald is.

Onderdeel 5

Titel

Toestemming of bezwaar vastleggen in het EPD.

Vorbereiding

- Testomgeving van het EPD opstarten
- Als trainer zelf de stappen een keer doorlopen (zie stappenplan bijlage 5)

Tijd

15 minuten

Materiaal

- ❖ Testomgeving van het EPD
- ❖ Stappenplan toestemming of bezwaar uitleggen (bijlage 5)

Leerdoel

1d. De sociotherapeuten laten zien dat zij de toestemming of het bezwaar van de patiënt m.b.t ROM in het EPD kunnen vastleggen. (toepassingsniveau)

Theorie

Niet van toepassing.

Motivatie

Sociotherapeuten binnen Veldzicht zijn verplicht om het toestemming of bezwaar vast te leggen in het EPD, met deze opdracht wordt duidelijk hoe dat precies moet.

Instructie (10 min)

- De deelnemers wordt gevraagd of zij weten hoe ze toestemming of het bezwaar van de patiënt m.b.t ROM in het EPD kunnen vastleggen (5 min).
- Korte uitleg over hoe je toestemming of bezwaar van de patiënt m.b.t ROM in het EPD kunt vastleggen door middel van een testomgeving (5 min).

Verloop

- Merk opvallendheden op die te maken hebben met het leerdoel en noteer deze.
- Geef complimenten over de inzet en werkhouding.
- Bewaak de tijd.

Nabespreking (5 min)

- Vraag of de deelnemers het begrijpen.
- Beantwoord vragen van de deelnemers.
- Controleer of het doel is behaald: stel controlevragen bijvoorbeeld welke stappen moet je nemen om het toestemming of bezwaar vast te leggen in het EPD?

Onderdeel 6

Titel

Het ROM gesprek voorbereiden

Voorbereiding

Voorbeeld ROM rapportage doorlezen en belangrijkste punten om te bespreken opschrijven.

Tijd

20 minuten

Materiaal

- ❖ Schrijfpapier voor alle deelnemers
- ❖ Pennen
- ❖ Voorbeeld ROM rapportage (zoveel kopieën als het aantal deelnemers) (bijlage 6)

Leerdoel

De sociotherapeuten zijn in staat om het gesprek over de ROM resultaten zelf voor te bereiden. (toepassingsniveau)

Theorie

Niet van toepassing

Motivatie

Het is belangrijk dat de sociotherapeuten weten hoe ze een rapportage van de ROM resultaten moeten lezen.

Sociotherapeuten moeten weten welke resultaten het belangrijkste zijn om te delen met de patiënt.

Instructie

- Vragen aan de deelnemers of ze weten dat er een rapportage wordt geschreven van de ROM resultaten.
- Vragen aan de deelnemers waar deze rapportage te vinden is.
- Voorbeeld ROM rapportage uitdelen aan de deelnemers (bijlage 6)
- Uitleggen dat de deelnemers de voorbeeldrapportage moeten doorlezen en daarna de belangrijkste punten moeten opschrijven uit de rapportage.
- Daarbij zeggen: “Welke informatie uit deze rapportage zou je vertellen aan de patiënt? “
- Nadat iedereen iets opgeschreven heeft, aan de deelnemers vragen wat ze hebben opgeschreven.
- Merk de verschillen in antwoorden op en benoem deze.
- Merk de overeenkomsten op en benoem deze.

Verloop

- Loop rond, als de deelnemers aan het schrijven zijn en kijk wat de deelnemers opschrijven.
- Let op signalen of de deelnemers het lukt om iets op te schrijven.
- Merk opvallendheden op die te maken hebben met het leerdoel en noteer deze.
- Geef complimenten over de inzet en werkhouding.

- Bewaak de tijd.

Nabespreking

- Laat de deelnemers stoom afblazen
- Vragen hoe de deelnemers de opdracht vonden
- Vragen hoe de opdracht is gegaan
- Laat de deelnemers vragen stellen
- Controleer of het doel is behaalt: stel controle vragen. Voelen de deelnemers zich nu in staat om een ROM gesprek voor te bereiden? Zo ja, blijkt dit ook uit wat de deelnemers hadden opgeschreven tijdens de opdracht.

Onderdeel 7

Titel

De ROM resultaten terugkoppelen

Voorbereiding

Voorbeeldrapportage doorlezen.

Tijd

25 minuten

Materiaal

- ❖ PowerPoint (bijlage 1)
- ❖ Voorbeeldrapportage (bijlage 6)
- ❖ Papier
- ❖ Pennen

Leerdoel

De sociotherapeuten moeten de resultaten op ROM vragenlijsten kunnen uitleggen (inzichtniveau)

Theorie

Niet van toepassing.

Motivatie

Het is belangrijk dat de sociotherapeuten leren hoe ze de resultaten op de ROM vragenlijsten kunnen terugkoppelen aan de patiënt, zodat de patiënt weet wat hij/zij gescoord heeft op de vragenlijsten. Het is belangrijk dat dit goed aansluit bij het (intelligentie)niveau en het draagvlak van de patiënt.

Instructie

- Leg uit dat de deelnemers net voor zichzelf hebben opgeschreven wat de belangrijkste punten waren uit de rapportage. De deelnemers mogen de resultaten die in de rapportage zijn vermeld nu gaan terugkoppelen aan de patiënt.
- Vraag de deelnemers om tweetallen te maken.
- Als de tweetallen zijn gemaakt leg je uit dat 1 persoon de observator is, 1 persoon de patiënt speelt en dat 1 persoon de sociotherapeut speelt.
- Leg uit dat het de bedoeling is dat de sociotherapeut de resultaten op de vragenlijsten uitlegt aan de patiënt. Vertel dat het hierbij belangrijk is dat dit aansluit bij de patiënt en dat de patiënt het moet kunnen begrijpen.
- Geef desnoods als tip: houdt een patiënt van jouw afdeling in je hoofd en bedenk dat je de resultaten nu aan deze patiënt terug zou koppelen.
- Als de deelnemers klaar zijn worden de rollen omgedraaid, zodat een ieder een rol heeft gehad als sociotherapeut, patiënt en observator.
- Na afloop vragen hoe ze het vonden om te doen en waar ze tegenaan liepen.

Verloop

- Loop rond als de deelnemers bezig zijn met het rollenspel en observeer.

- Let op signalen of de deelnemers het lukt om de resultaten terug te koppelen.
- Merk opvallendheden op die te maken hebben met het leerdoel en noteer deze.
- Geef complimenten over de inzet en werkhouding.
- Bewaak de tijd.

Nabespreking

- Laat de deelnemers stoom afblazen
- Vragen hoe de deelnemers de opdracht vonden
- Vragen hoe de opdracht is gegaan
- Laat de deelnemers vragen stellen
- Controleer of het doel is behaald: stel controlevragen zoals; Lukte het om de resultaten uit te leggen aan de patiënt? Hoe heb je ervoor gezorgd dat de patiënt je begreep?

Onderdeel 8

Titel

Shared Decision Making en Herstelondersteunende zorg toepassen tijdens het ROM gesprek

Voorbereiding

Lees de theorie (bijlage 7) en de bijbehorende PowerPoint (bijlage 1) goed door. Zorg dat je zelf de theorie goed beheerst en kunt uitleggen aan de deelnemers en dat je eventuele vragen kunt beantwoorden.

Tijd

30 minuten

Materiaal

- ❖ PowerPoint (bijlage 1)
- ❖ Theorie (bijlage 7)

Leerdoel

De sociotherapeuten kunnen hun geleerde kennis over de theorieën 'shared decision making' en 'herstelondersteunende zorg' toepassen in een casus. (toepassingsniveau)

Theorie

De theorie is te vinden in bijlage 7.

Motivatie

Het is belangrijk dat de sociotherapeuten in gesprek gaan met de patiënten over de resultaten van de ROM en dat ze daarbij samen met de patiënt eventuele beslissingen maken over de behandeling. Het is bij het gesprek belangrijk dat de resultaten niet alleen teruggekoppeld worden maar dat de mening en ervaring van de patiënt wordt meegenomen. Shared Decision Making en Herstelondersteunende zorg zijn hier goede manieren voor.

Instructie

- Presenteer over Shared Decision Making en herstelondersteunende zorg aan de hand van de theorie en de PowerPoint.
- Vertel eerst wat Shared Decision Making en herstelondersteunende zorg inhoudt, in het kort.
- Leg daarna uit wat het op kan leveren voor de patiënt
- Leg vervolgens het stappenplan 'herkennen, begrijpen, waarderen, handelen' uit.
- Laat de deelnemers vragen stellen over de gepresenteerde theorie
- Als alle deelnemers de theorie begrijpen mogen ze tweetallen vormen.
- Leg uit dat ze weer een rollenspel gaan doen, met weer 1 observator, 1 iemand die de patiënt is en 1 iemand die de sociotherapeut is.
- Laat de deelnemers in het rollenspel in gesprek gaan over de ROM resultaten en laat hen daarbij SDM en herstelondersteunende zorg toepassen zoals dit uitgelegd is tijdens de presentatie.

- Daarna worden de rollen omgedraaid zodat iedereen een keer de sociotherapeut, patiënt en observator is geweest.
- Als de deelnemers twee keer het rollenspel gedaan hebben, wordt er gevraagd hoe ze het vonden om te doen.
- Vraag of het gelukt is
- Vraag aan deelnemers wat de verschillen zijn in het gesprek tijdens het vorige rollenspel, bij de vorige werkvorm en nu

Verloop

- Loop rond, als de deelnemers bezig zijn met het rollenspel en observeer wat ze zeggen en doen.
- Let op signalen of de deelnemers het lukt om SDM en herstelondersteunende zorg toe te passen.
- Merk opvallendheden op die te maken hebben met het leerdoel en noteer deze.
- Geef complimenten over de inzet en werkhouding.
- Bewaak de tijd.

Nabespreking

- Laat de deelnemers stoom afblazen
- Vragen hoe de deelnemers de opdracht vonden
- Vragen hoe de opdracht is gegaan
- Laat de deelnemers vragen stellen
- Controleer of het doel is behaald: stel controle vragen. Is het gelukt om SDM en herstelondersteunende zorg toe te passen?

Onderdeel 9

Titel

Quiz Time

Vorbereiding

Bekijk de quiz en noteer de antwoorden van te voren.

Tijd

15 minuten

Materiaal

- ❖ PowerPoint
- ❖ Cadeau voor de winnaar (bijv. een reep chocolade o.i.d.)

Leerdoel

1 (a,b,c,d) en 2(a,b,c) evalueren en afsluiten.

Theorie

Theorie van de gehele training (bijlage 2 t/m 6 en bijlage 7)

Motivatie

Om te checken of de geleerde kennis en vaardigheden zijn blijven hangen wordt er een korte quiz gedaan. In de quiz komen vragen aan bod die betrekking hebben op alle leerdoelen.

Instructie

- Leg uit dat de quiz de afsluiting van de training is en dat er iets te winnen valt. Laat hierbij het cadeau voor de winnaar zien.
- Leg uit dat alle informatie van de training nog eens aan bod komt, maar dat het niet erg is als je fout antwoord
- Lees de vraag en de antwoorden voor en laat de deelnemers antwoorden.
- Geef het antwoord op de vraag en licht eventueel toe
- Herhaal de twee stappen hierboven bij elke vraag tot de laatste.
- Na de quiz vraag je de deelnemers wat ze van de gehele training vonden en hoe ze het hebben ervaren.

Verloop

- Bewaak de tijd
- Let op wie er antwoorden geven op de quiz en geef mensen die minder vaak aan het woord zijn ook de kans om antwoorden te geven.
- Geef complimenten
- Houdt bij wie de meeste antwoorden goed heeft.

Nabespreking

- Deel het cadeau uit aan de winnaar van de quiz
- Vraag de deelnemers hoe ze de gehele training vonden.

- Vraag de deelnemers hoe ze de training hebben ervaren
- Vraag de deelnemers waar ze het meeste aan hebben gehad
- Vraag de deelnemers of ze het idee hebben dat dit een goede manier is om de leerdoelen aan te leren

Literatuurlijst

Beurs, E. de (2006). *Brief Symptom Inventory. Handleiding*. Leiden: PITS. Derogatis, L.R. (1975a). *The Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Burns, A., Beevor, A. S., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M., Mulinga, J., & Hadden, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+). *The British Journal of Psychiatry*, 174, 424-427.

CTP Veldzicht. (z.d.). *Over CTP Veldzicht*. Geraadpleegd op 4 februari 2019, van <https://www.ctpveldzicht.nl/over-ctp-veldzicht/>

De Jong, K., & Van 't Spijker, A. (2013). Routine Outcome Monitoring: 'love it or leave it'?. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 39(03), 190-194.
<https://link-springer-com.nlhgh.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs12485-013-0032-6.pdf>

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367.
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-012-2077-6>

Haan, E. de (2013). *De Herstelspecial. De route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet*. Een speciale uitgave in het kader van herstel en gelijkwaardig burgerschap. GGZ Nederland i.s.m. SWBU.

Hoobroeckx, F., & Haak, E. (2002). *Onderwijskundig Ontwerpen*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Hoogeveen, P., & Winkels, J. (2006). *Het didactische werkvormenboek. Variatie en differentiatie in de praktijk*. Assen, Nederland: Koninklijke Van Gorcum BV.

Lange, A., Hoogendoorn, M., Wiederspahn, A., & De Beurs, E. (2005). *BDHI-D. Handleiding, verantwoording en normering van de Nederlandse Buss-Durkee-Agressievragenlijst*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Rijckmans, M.J.N., Bongers, I.M.B., Garretsen, H.F.L., & van de Goor, L.A.M. (2007). A clients' perspective on demand-oriented and demand-driven health care. *Int J Soc Psychiatry*, 53, 48-62.

Raue, P.J., Schulberg, H.C., Heo, M., Klimstra, S., & Bruce, M.L. (2009). Patients' depression treatment preferences and initiation, adherence, and outcome: a randomized primary care study. *Psychiatr Serv*, 60, 337-43.

Tiemens, B., & De Jong, K. (2011). Evidence-based - monitoren omdat geen cliënt hetzelfde is. In S. Van Hees., P. Van der Vlist., & N. Mulder (Red.) *Van weten naar meten* (pp. 63-64). Amsterdam, Nederland: Uitgeverij Boom.

Trimbos Instituut. (z.d.). *Herstelondersteunende zorg*. Geraadpleegd op 28 mei 2019, van <https://www.trimbos.nl/kennis/herstelondersteunende-zorg-hee>

Trimbos Instituut. (2016). *Shared Decision Making met ROM als informatiebron*. Geraadpleegd op 28 mei 2019, van <https://assets.nkop.nl/docs/8c8b73d6-fcfa-4d13-8218-c90b90113edd.pdf>

Van der Feltz-Cornelis, C.M., Andrea, H., Kessels, E., Duivenvoorden, H., Biemans, M., & Metz, M. (2014). Shared decision making in combinatie met ROM bij patiënten met gecombineerde lichamelijke en psychische klachten; een klinisch-empirische verkenning. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56(6), 375-384. <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/56-2014-6-artikel-vanderfeltz-cornelis.pdf>

Van Ham, M., & Reitsma, E. (2011). Context - taal en vorm. In S. Van Hees., P. Van der Vlist., & N. Mulder (Red.) *Van weten naar meten* (pp. 27-33). Amsterdam, Nederland: Uitgeverij Boom.

Van Reenen, M., & Oppe, M. (2015). *EQ-5D-3L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument* (Version 5.1). Rotterdam: EuroQol Research Foundation.

Bijlage 1



 **Veldzicht**

ROM Training

Het gesprek aangaan over de ROM als sociotherapeut binnen CTP
Veldzicht

 **Veldzicht**

Energizer: waar of niet waar?

 **Veldzicht**

Opdracht: *Iedereen verteld omstebeurt 3 dingen over zichzelf waarvan 1 ding niet waar. Laat de overige deelnemers raden welk vertelde ding niet waar is. Zorg dat iedereen in je groepje aan de beurt komt.*

In groepjes van drie personen.

 **Veldzicht**

Verwachtingen?

Onderdeel 1: Inleiding van de training.

Doel van vandaag

- "De sociotherapeut kan een gesprek over de ROM en resultaten op ROM vragenlijsten met de patiënt aangaan."

Dagindeling

1. Inleiding van de training
2. Vragenlijsten herkennen
3. De ROM doelen

Pauze

1. De meerwaarde van de ROM
2. Toestemming of bezwaar vastleggen in het EPD

Pauze

1. ROM gesprek voorbereiden
2. ROM resultaten terugkoppelen

Pauze

1. Shared Decision Making en Herstelondersteunende zorg
2. Training afsluiten

Onderdeel 2: Vragenlijsten herkennen.

De vragenlijsten

Opdracht: Bestudeer zelfstandig de uitgedeelde vragenlijsten in 10 minuten.

Het verschil tussen de vragenlijsten

Meest voorkomende:

BSI: De BSI (Brief Symptom Inventory) is een zelfinvulvragenlijst die mogelijkheden van psychopathologie bij de patiënt kan weergeven (Beun, 2006).

RS-SQ: De RS-SQ brengt de kwaliteit van leven van een patiënt in kaart door middel van een aantal korte vragen over vijf dimensies: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/klachten en stemming.

Social Defeat: De Social Defeat meet hoe iemand tegen zijn eigen positieve werkelijkheid in het leven. Bij de Social Defeat komen vragen als "ik heb het gevoel dat ik het heb gemaakt in het leven" of "ik wil me een mislukking".

ROM-Q: De ROM-Q meet de mate van toehouding en gevoel voor de hand van een zelfrapportage vragenlijst (Lange, Hoogendoorn, Wiersma & Beun, 2005).

Onderdeel 3: De ROM doelen

De doelen van de ROM

Verplicht in de GGZ

Behandel kwaliteit meten

Evaluëren

Bijsturen

Opdracht: In groepjes van twee de doelen van de ROM benoemen in 1 zin.



Pauze (10 minuten)

Onderdeel 4: De meerwaarde van de ROM

Opdracht: Schrijf vijf punten op waarom het nuttig kan zijn om over de ROM in gesprek te gaan (10 minuten).

Opdracht: Ieder groepje presenteert één opgeschreven punt.

Onderdeel 5: Toestemming of bezwaar vastleggen in het EPD.

Weet iemand hoe de toestemming of bezwaar vastlegt in het EPD?

Testomgeving EPD (link hier toevoegen)

Uitleg EPD omgeving

Hier komt een link naar de testomgeving van het EPD



Pauze (30 minuten)

Onderdeel 6: Het ROM gesprek voorbereiden

Onderdeel 7: de ROM resultaten terugkoppelen



Pauze (15 minuten)

Onderdeel 8: Shared Decision Making en Herstelondersteunende Zorg

SDM: wat is dat ook alweer?

- ❖ Samen beslissingen nemen over de behandeling en behandeldoelen
- ❖ Meer aangepaste zorg op de behoeftes van de patiënt

Herstelondersteunende zorg

- ❖ De regie van de behandeling ligt bij de patiënt
- ❖ Herstel = geen genezing, maar (weer) zelf regie over het leven voeren

SDM en Herstelondersteunende zorg: Wat levert het op?

Uit onderzoek blijkt dat ROM in samenwerking met Shared Decision Making zinvol is om toe te passen in de behandeling

- ❖ Meer therapietrouw
- ❖ Patiënttevredenheid
- ❖ Behandeling conform richtlijnen
- ❖ Beter geïnformeerd
- ❖ Soms positieve gezondheidsuitkomsten

Via Trimbos Instituut: Malm et al. 2003; Patel et al. 2008; Loh et al. 2007a en b; Hamann et al. 2006; Claver et al. 2006; Westerman et al. 2013; Ludman 2003; Joosten et al. 2008. Onderzoek vooraf bij dodelijke depressie, psychoses, bipolaire ziekte. Malm et al. BMC Psychiatry

SDM en herstelondersteunende zorg: Toepassen in het ROM gesprek

Herkennen	Uit de ROM resultaten komt naar voren dat Herkent u dat? <i>Indien herhaalde meting:</i> Herkent u zich in de vooruitgang/achteruitgang/geen verandering?
Begrijpen	Kunnen we de resultaten verklaren? Doorvragen: Hoe komt dat? Hulpbronnen? Wat doet u anders?
Waarderen	Wat betekenen de resultaten voor u? Bent u tevreden?
Handelen	Wat betekenen de resultaten voor uw behandeldoelen?

Bron: Trimbos Instituut, (2016), Shared Decision Making met ROM als informatiebron. Geraadpleegd op 28 mei 2019, van <https://assets.nro.nl/docs/8c8b73d5-fcfa-4d13-8218-c90b90113edd.pdf>

IT'S QUIZ TIME

1: Wat is de meetpretentie van de BSI vragenlijst?

- A: De BSI vragenlijst meet hoe iemand aankijkt tegen zijn eigen positie in het leven.
- B: De BSI vragenlijst brengt de kwaliteit van leven van de patiënt in kaart door vijf korte vragen op vijf verschillende dimensies.
- C: De BSI vragenlijst meet de neiging tot hostiliteit en agressief gedrag.
- D: De BSI vragenlijst meet symptomen van psychopathologie bij de patiënt.

2: Welke stelling is waar?

- I ROM is een goed instrument om de kwaliteit van zorg hoog te houden of te verbeteren.
- II De ROM kan niet gebruikt worden om de behandeling te evalueren.

- A: Beide stellingen zijn onwaar.
- B: Beide stelling zijn waar.
- C: Stelling I is waar, stelling II is niet waar.
- D: Stelling II is waar, stelling I is niet waar.

3: 'Het kan nuttig zijn om over de ROM in gesprek te gaan omdat de behandeling daar eventueel op kan worden aangepast.'

- A: Niet waar, de behandeling mag nooit worden aangepast aan de hand van het ROM gesprek.
- B: Waar, de behandeling kan eventueel worden aangepast of bijgestuurd vanuit het ROM gesprek. Dit moet echter wel altijd in overleg met de hoofdbehandelaar.



4: Waar leg je de toestemming of het bezwaar van de ROM vast in het EPD?

- A: Samenvatting
- B: Voortgang
- C: Correspondentie
- D: Dat mag in de samenvatting, correspondentie en de voortgang.



5: Waar is de rapportage van de ROM resultaten te vinden?

- A: Die wordt verstuurd naar de afdeling via de mail
- B: Die wordt verstuurd naar de PB'er via de mail
- C: Die staat in het EPD User onder de correspondentie
- D: Die staat in het EPD User in de voortgang

Bijlage 2

Hieronder de vragenlijsten die aan bod komen in trainingsonderdeel 2.

Copyright © 1999, 2004 by NCS Pearson, Inc. Dutch translation copyright © 2011 NCS Pearson, Inc. Adapted and reproduced with permission on NCS rights reserved. 18/9004-22
www.pearsoned.nl

BSI

Brief Symptom Inventory, herziene Nederlandse editie

Leonard R. Derogatis

Nederlandsche bewerking: Dr. E. de Buijs

Antwoordformulier

Naam:

Geslacht:

M/V

Geboortedatum:

(dag - maand - jaar)

Afmeldedatum:

(dag - maand - jaar)

Instructie

Op de volgende pagina staat een lijst met problemen die mensen kunnen hebben. Lees ieder probleem zorgvuldig door en omcirkel het cijfer dat het beste weergeeft IN HOEVEER U LAST HAD VAN DAT PROBLEEM GEDURENDE DE AFGELOPEN WEEK, INCLUSIEF VANDAAG.

Omcirkel een cijfer achter iedere vraag en sla geen vragen over.

Een voorbeeld:

hoeveel last had u van:

keelmaak geen

keelmaak veel

keelmaak veel

keelmaak veel

1. Pijn

0

1

2

3

4

PEARSON

HOEVEEL LAST HAD U VAN:		helemaal geen een beetje nogal tamelijk veel heel veel				
1.	Zenuwachtigheid of beverigheid	0	1	2	3	4
2.	Duizeligheid of moeite je evenwicht te bewaren	0	1	2	3	4
3.	Het idee dat een ander je gedachten kan beïnvloeden	0	1	2	3	4
4.	Het gevoel dat de meeste van je problemen aan anderen te wijten zijn	0	1	2	3	4
5.	Moeite iets te onthouden	0	1	2	3	4
6.	Je snel aan iets ergeren	0	1	2	3	4
7.	Pijn op de borst of het hart	0	1	2	3	4
8.	Angstig zijn op open pleinen of grote ruimten	0	1	2	3	4
9.	Gedachten aan zelfmoord	0	1	2	3	4
10.	Het gevoel dat de meeste mensen niet te vertrouwen zijn	0	1	2	3	4
11.	Weinig eetlust	0	1	2	3	4
12.	Zomaar plotseling bang worden	0	1	2	3	4
13.	Woede-uitbarstingen die je niet kan beheersen	0	1	2	3	4
14.	Je eenzaam voelen, zelfs als je in gezelschap bent	0	1	2	3	4
15.	Je geblokkeerd voelen in het afkrijgen van dingen	0	1	2	3	4
16.	Je eenzaam voelen	0	1	2	3	4
17.	Je somber voelen	0	1	2	3	4
18.	Geen interesse kunnen opbrengen voor dingen	0	1	2	3	4
19.	Bang zijn	0	1	2	3	4
20.	Gauw gekwetst of geraakt zijn	0	1	2	3	4
21.	Het gevoel dat mensen onvriendelijk zijn en je niet mogen	0	1	2	3	4
22.	Je tegenover anderen de mindere voelen	0	1	2	3	4
23.	Mislukking of dat je maag van strek was	0	1	2	3	4
24.	Het gevoel dat je in de gaten gehouden wordt of dat er over je gepraat wordt achter je rug	0	1	2	3	4
25.	Moeite met in slaap vallen	0	1	2	3	4
26.	Steeds maar alles wat je doet moeten controleren	0	1	2	3	4
27.	Moeite met beslissingen nemen	0	1	2	3	4

HOEVEEL LAST HAD U VAN:		helemaal geen een beetje nogal tamelijk veel heel veel				
28.	Bang zijn om te reizen met bus, trein of tram	0	1	2	3	4
29.	Binnuwichtheid, moeite met ademhalen	0	1	2	3	4
30.	Opvliegers of koude rillingen	0	1	2	3	4
31.	Bepaalde dingen, plaatsen of activiteiten vermijden omdat je er angstig van wordt	0	1	2	3	4
32.	Helemaal van je apropos zijn (de draad van je gedachten kwijt raken)	0	1	2	3	4
33.	Gevoelloosheid of tintelingen in bepaalde lichaamsdelen	0	1	2	3	4
34.	Het idee dat je zondig bent en gestraft moet worden	0	1	2	3	4
35.	Je hopeloos voelen over de toekomst	0	1	2	3	4
36.	Concentratie problemen	0	1	2	3	4
37.	Je slap of zwak voelen ergens in je lichaam	0	1	2	3	4
38.	Je gespannen en opgevoeld voelen	0	1	2	3	4
39.	Gedachten aan sterven of aan de dood	0	1	2	3	4
40.	De aandacht hebben iemand te slaan, te verwonden of pijn te doen	0	1	2	3	4
41.	De aandacht hebben om met dingen te gooien of ze stuk te slaan	0	1	2	3	4
42.	Je erg verlegen voelen in gezelschap	0	1	2	3	4
43.	Je niet op je gemak voelen in menigten	0	1	2	3	4
44.	Je met niemand nauw verbonden voelen	0	1	2	3	4
45.	Aanvallen van angst of paniek	0	1	2	3	4
46.	Snel ruzie krijgen	0	1	2	3	4
47.	Je nerveus voelen als je alleen en verlaten bent	0	1	2	3	4
48.	Het gevoel dat anderen je prestaties niet voldoende onderskennen	0	1	2	3	4
49.	Je zo rusteloos voelen dat je niet stil kan blijven zitten	0	1	2	3	4
50.	Het gevoel dat je niets waard bent	0	1	2	3	4
51.	Het gevoel dat anderen misbruik van je maken als je niet oppast	0	1	2	3	4
52.	Je schuldig voelen	0	1	2	3	4
53.	De gedachte dat je psychisch wat mankeert	0	1	2	3	4

Ga a.u.b. verder op de volgende bladzijde.

Heeft u geen vragen overgeschied?

Hartelijk dank voor uw medewerking.

EQ-5D

USDA (U2J+4)

pagina 1 van 2

Respondent Invuldatum

EQ-5D

Klik bij iedere groep in de lijst hieronder het vakje aan dat het beste past bij uw gezondheid VANDAAG.

Mobiliteit

- ☐ Ik heb geen problemen met lopen
- ☐ Ik heb enige problemen met lopen
- ☐ Ik ben bedlegerig

Zelfzorg

- ☐ Ik heb geen problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- ☐ Ik heb enige problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- ☐ Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden

Dagelijkse activiteiten (bijv. werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)

- ☐ Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- ☐ Ik heb enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- ☐ Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

Pijn / klachten

- ☐ Ik heb geen pijn of andere klachten
- ☐ Ik heb matige pijn of andere klachten
- ☐ Ik heb zeer ernstige pijn of andere klachten

Stemming

- ☐ Ik ben niet angstig of somber
- ☐ Ik ben matig angstig of somber
- ☐ Ik ben erg angstig of somber

* Geef hieronder aan hoe uw gezondheid VANDAAG is.

* De waarden 0-100 zijn toegestaan.

* 100 staat voor de beste gezondheid die u zich kunt voorstellen, 0 staat voor de slechtste gezondheid die u zich kunt voorstellen.

meetlat laten zien

Ervaren kwaliteit van leven

Copyright © 2014 EuroQol Research Foundation

<https://usr-veldz-acc.addji.minjus.nl/UserPortal/faces/main.jsf>

29-8-2018

Social defeat

	Nooit (1)	Zelden (2)	Soms (3)	Meestal (4)	Altijd (5)
1. Ik heb het gevoel dat ik het gemaakt heb in het leven.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ik voel me een succesvol persoon.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ik voel me verslagen door het leven.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ik voel me in oorsprong een winnaar.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ik heb het gevoel dat ik mijn positie in de wereld ben verloren.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ik heb het gevoel dat het leven me heeft behandeld als een voetveeg.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ik voel me machteloos.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ik voel dat het vertrouwen uit me is weggeslagen.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ik voel me in staat het hoofd te bieden aan wat me overkomt.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ik heb het gevoel dat ik ben gedaald tot de onderste trede van de maatschappelijke ladder.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ik voel me compleet lamgeslagen.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ik voel me een verliezer.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ik voel dat ik het opgegeven heb.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ik voel me een mislukking.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ik heb het gevoel dat ik belangrijke slagen in het leven heb verloren.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ik voel dat er geen strijd lust meer in me zit.	☐	☐	☐	☐	☐

BDHI-D

Buss-Durkee Hostility Inventory - Dutch

WAAR ONWAAR

30. Als ik de mensen echt zou laten zien hoe ik me voel, dan zouden ze me een moedijk mens vinden om mee om te gaan.

☐☐

31. Ik heb wel eens alles op alles gezet om mijn zin te krijgen.

☐☐

32. Ik vraag me gewoonlijk af wat voor verborgen reden iemand kan hebben om iets oordigs voor me te doen.

☐☐

33. Ik kan me herinneren dat ik ooit zo boos was, dat ik zomaar iets pakte wat in de buurt stond en dat kapotmaakte.

☐☐

34. Bij tijd en wijle voel ik dat het leven me slecht behandelt.

☐☐

35. Ik dacht vroeger altijd dat de mensen de waarheid vertelden, maar nu weet ik beter.

☐☐

36. Als ik tot lichamelijk geweld moet overgaan om mijn rechten te verdedigen, dan doe ik dat.

☐☐

37. Ik heb mensen gekend, die mij zo ver wisten te krijgen, dat we op de vuist gingen.

☐☐

38. Ik laat niet toe dat veel onbelangrijke dingen me irriteren.

☐☐

39. De laatste tijd ben ik wat knorrig.

☐☐

40. Soms laat ik mijn boosheid merken door op tafel te sloon.

DA IA SW

Testuitslag

Subschalen	Ruwe Scores	Gekozen normgroep	Interpretatie
DA			
IA			
SW			

Persoonlijke gegevens

Naam _____ Geslacht: man/vrouw*

Geboortedatum _____ Onderzoeksdatum _____

Instructie

Op de volgende bladzijden staan 40 uitspraken. Achter elke uitspraak staan twee antwoordmogelijkheden. Daarmee kunt u aangeven of de uitspraak waar of onwaar is.

Bijvoorbeeld:

Als het buiten slecht weer is, is mijn humeur ook beneden peil. WAAR ONWAAR

Als u vindt dat de uitspraak meestal op u van toepassing is, wilt u dan een kruisje zetten in het hokje onder WAAR, dus

Als het buiten slecht weer is, is mijn humeur ook beneden peil. WAAR ONWAAR

Als u vindt dat de uitspraak meestal niet op u van toepassing is, wilt u dan een kruisje zetten in het hokje onder ONWAAR, dus

Als het buiten slecht weer is, is mijn humeur ook beneden peil. WAAR ONWAAR

U hoeft over geen enkele vraag lang na te denken, want het gaat om uw eerste indruk. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat erom dat u kiest welke van de twee antwoorden het meest op u van toepassing is.

Wilt u elstublikt alle vragen beantwoorden. Het niet invullen van één of meerdere vragen op de vragenlijst maakt deze onbruikbaar.

Bobin
Statleu
van Loghum
Springer Media© Copyright 2010, Prof. dr. A. Logum, Bobin Statleu van Loghum, vertaald van de originele tekst.
Translated and adapted with permission of the author A.J. van Logum, Buss-Durkee Hostility Inventory, USA.
Copyright © 1987, 1992, ISBN 978 90 213 8633 8

4

Bobin
Statleu
van Loghum
Springer Media© Copyright 2010, Prof. dr. A. Logum, Bobin Statleu van Loghum, vertaald van de originele tekst.
Translated and adapted with permission of the author A.J. van Logum, Buss-Durkee Hostility Inventory, USA.
Copyright © 1987, 1992, ISBN 978 90 213 8633 8

	WAAR	ONWAAR
1. Ik sla hoorst nooit terug, zelfs niet als een ander de eerste klop geeft.	☐	☐
2. Ik word gemakkelijk kwaad, maar ben er snel overheen.	☐	☐
3. Op de een of andere manier lijkt het alsof de dingen die me eigenlijk toekomen net van mijn neus voorbijgaan.	☐	☐
4. Ik weet dat de mensen de neiging hebben om achter mijn rug over me te praten.	☐	☐
5. Ik hou ervan om soms te roddelen.	☐	☐
6. Ik word nooit zo woed dat ik met spullen ga gooien.	☐	☐
7. Van sommige mensen heb ik al last als ze alleen maar in de buurt zijn.	☐	☐
8. Het lijkt net alsof andere mensen altijd mozzai hebben.	☐	☐
9. Ik zou geen enkele reden kunnen bedenken om ooit iemand te slaan.	☐	☐
10. Ik ben veel vaker geïrriteerd dan de mensen weten.	☐	☐
11. Ik heb nog nooit een intense hekel gehad aan iemand.	☐	☐
12. Er is een aantal mensen dat erg de pest aan me lijkt te hebben.	☐	☐
13. Het is voorgekomen dat ik iemand benoddelede.	☐	☐
14. Als iemand me begint te slaan, geef ik hem even langs.	☐	☐
15. Als ik kwaad ben, slo ik soms met deuren.	☐	☐

DA JA SW

	WAAR	ONWAAR
16. Ik heb altijd gehud met een ander.	☐	☐
17. Als ik terugkijk op wat er met mij gebeurd is, voel ik me vanzelf een beetje hebuegesteld en kwaad.	☐	☐
18. Mijn bloed gaat koken als iemand me voor gek zet.	☐	☐
19. Soms heb ik het gevoel dat mensen me uitloochen.	☐	☐
20. Zelfs als mijn woede is opgewekt, zo! ik nooit grol in de mond worden.	☐	☐
21. Soms ga ik zitten prullen als ik mijn zin niet krijg.	☐	☐
22. Vaak voel ik me alsof ik een vol buskui! ben dat op exploderen staat.	☐	☐
23. Ook al kun je het niet aan me merken, soms word ik vertoerd door jaloerie.	☐	☐
24. Als mensen tegen me schreeuwen, schreeuw ik terug.	☐	☐
25. Als ik echt boos word, ben ik in staat iemand op zijn gezicht te slaan.	☐	☐
26. Sinds mijn siende heb ik nooit meer een uitbarsting van woede gehad.	☐	☐
27. Als ik kwaad word, ga ik gemene dingen zeggen.	☐	☐
28. Soms kon ik door het minste of geringste uit mijn humeur raken.	☐	☐
29. Ik voel me wel eens wrokkig als ik mijn zin niet krijg.	☐	☐

DA JA SW

Bijlage 3

Belangrijke informatie voor de trainer bijhorend aan trainingsonderdeel 2: De HONOS wordt niet behandeld in de training.

Binnen CTP Veldzicht wordt middels ROM de problematiek, het recidiverisico en de patiënttevredenheid in kaart gebracht. Dit wordt gedaan aan de hand van verschillende vragenlijsten en instrumenten. Voor de problematiek zijn dit de volgende vragenlijsten: Honos, BSI, EQ-5D, Social Defeat Scale en BDHI-D. De HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) is een meetinstrument ontwikkeld door het Engelse Ministerie van Volksgezondheid. Met de HoNOS kan in kaart gebracht worden hoe het sociaal en geestelijk functioneren van een patiënt op een bepaald moment is. Het doel van de HoNOS is de behandelresultaten van een patiënt volgen (Burns, Beevor, Lelliott, Wing, Blakey, Orrell, Mulinga, Hadden, 1999). De BSI (Brief Symptom Inventory) is een zelfinvulvragenlijst die mogelijk symptomen van psychopathologie bij de patiënt kan weergeven (Beurs, 2006). De EQ-5D brengt de kwaliteit van leven van een patiënt in kaart door middel van een aantal korte vragen over vijf dimensies: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/klachten en stemming. Daarnaast bevat de EQ-5D een schaalvraag over de gezondheidstoestand (Van Reenen & Oppe, 2015). De Social Defeat meet hoe iemand tegen zijn eigen positie aankijkt in het leven. Bij de Social Defeat horen vragen als 'ik heb het gevoel dat ik het heb gemaakt in het leven' of 'ik voel me een mislukkeling'. De BDHI-D meet de neiging tot hostiliteit en agressief gedrag aan de hand van een zelfrapportage vragenlijst (Lange, Hoogendoorn, Wiederspahn & Beurs, 2005).

Bijlage 4

Bijhorend aan trainingsonderdeel 3: De ROM doelen.

Volgens de Encyclo (z.d.) betekent microniveau “zorgverlening op het niveau van de zorg aan individuele patiënten”. Het doel van het gebruik van de ROM op microniveau is om te kijken naar de behandelverloop van de individuele patiënt (De Jong & Van ‘t Spijker, 2013). Dit wordt gedaan door kennis te nemen van de antwoorden die de patiënt geeft op gestandaardiseerde vragenlijsten. Op die manier wordt er niet alleen gekeken naar de eigen klinische kennis van de therapeut, maar ook naar de ervaringen van de patiënt. Dit is een vorm van ‘evidence-based behandelen’ (Tiemens & De Jong, 2011).

In de ggz wordt ROM gezien als onderdeel van de behandeling en als manier om de behandeling te evalueren. Door middel van verschillende metingen krijgen de patiënt en zijn behandelaar een beeld van het beloop van de klachten. De uitkomsten van de metingen kunnen een reden zijn om de behandeling tijdig bij te sturen of aan te passen. ROM is daarom een goed instrument om de kwaliteit van zorg hoog te houden of te verbeteren (Van Ham & Reitsma, 2011).

Bijlage 5

Instructie over de testomgeving van het EPD voor de trainer bijhorend aan trainingsonderdeel 5.

Stap 1: Open het EPD binnen Veldzicht

Stap 2: Toets onder de tegel patiënt 'test' in.

Stap 3: Ga naar de voortgang van de 'test' patiënt.

Stap 4: laat zien hoe je de toestemming van bezwaar kenbaar maakt in de voortgang.

Belangrijk om als trainer te benoemen: Indien de patiënt bezwaar maakt tegen het gebruik t.b.v. onderzoek registreert de hoofdbehandelaar dit in het EPD en informeert de medewerker applicatiebeheer. De medewerker applicatiebeheer verwijdert de patiëntgegevens uit het databestand.

Bijlage 6

Voorbeeldrapportage:

Patiënt :
Geboortedatum :
Meting : beginmeting
Datum afname test :
Datum rapportage :

Relevante factoren voor interpretatie van de gegevens

Patiënt werkte goed mee aan de ROM afname. Hij was vriendelijk naar de onderzoeksassistent toe. De afname is gedaan met behulp van een telefonische tolk. Dit maakt dat de resultaten met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

Testresultaten

De beginmeting bestaat uit vier vragenlijsten, de BSI, de EQ-5D, de Social Defeat en de BDHI-D. De resultaten geven een indicatie van problematiek. Voor een diagnose zou er aanvullende diagnostiek moeten worden verricht.

I. Psychische en lichamelijke klachten

BSI:

Om de score op de BSI te interpreteren is patiënt vergeleken met de normgroep 'patiënten in ambulante zorg (mannen)'.

In totaal scoort patiënt hoog op de BSI.

Patiënt scoort zeer hoog op de schaal psychoticisme. In de schaal psychoticisme zijn items opgenomen die horen bij de teruggetrokken levensstijl die veel voorkomt bij schizofrenie of die een waanachtige kwaliteit hebben. Patiënt scoort binnen deze schaal hoog op de items over eenzaam voelen, zich met niemand nauw verbonden voelen en de gedachte dat hem psychisch wat mankeert. Deze symptomen komen veel voor bij mensen met een angststoornis of een stemmingsstoornis, hetgeen tot een hoge score op deze schaal zal leiden, zonder dat er sprake is van een psychotische stoornis.

Patiënt scoort hoog op de schaal depressieve stemming. In de schaal depressieve stemming zijn de verschillende symptomen van depressie opgenomen, zoals suïcidaliteit, negatief affect en anhedonie. Een hoge score wijst op een negatieve stemming en mogelijk op een stemmingsstoornis.

Patiënt scoort gemiddeld op de schaal Angst. Op de schaal Cognitieve problemen scoort de patiënt beneden gemiddeld. Patiënt scoort laag op de schalen Hostiliteit en Somatische klachten.

EQ-5D:

Patiënt geeft aan enige problemen te hebben met lopen en matige pijn of andere klachten te hebben. Patiënt geeft aan geen problemen te hebben op het gebied van zelfzorg, dagelijkse activiteiten en niet angstig of somber te zijn.

De ervaren gezondheid op een schaal van 0 tot 100, waarbij 0 staat voor de slechtste gezondheid en 100 voor de beste gezondheid die hij zich kan voorstellen, geeft patiënt 100 aan.

Social defeat:

Opvallend is dat bij de social defeat vragenlijst patiënt op alle negatief gestelde vragen het antwoord 'nooit' geeft. Zo voelt hij zich nooit verslagen door het leven. Bij de vragen die positief gesteld zijn geeft hij op alle vragen het antwoord 'altijd'. Zo voelt hij zich altijd in oorsprong een winnaar.

BDHI-D:

Om de score op de BDHI-D vragenlijst te interpreteren is patiënt vergeleken met de normgroepen: landelijke populatie 15 t/m 40 jaar, psychiatrische populatie 13 t/m 25 jaar en gedetineerde populatie 13 t/m 25 jaar.

Op de Indirecte agressieschaal scoort patiënt zeer laag in vergelijking met de drie bovengenoemde normgroepen. Op de Directe agressieschaal scoort patiënt laag in vergelijking met de normgroep landelijke populatie. In vergelijking met de normgroepen psychiatrische populatie en gedetineerde populatie scoort patiënt op de Directe agressieschaal zeer laag.

Opvallend is dat patiënt in vergelijking met alle drie de normgroepen hoog scoort op de schaal voor sociale wenselijkheid. Een hoge score op deze schaal zou kunnen betekenen dat de kans bestaat dat de antwoorden op de Indirecte en Directe agressie schaal een te positief beeld geven van patiënt en dat de werkelijke scores iets hoger zouden kunnen liggen.

SAMENVATTING

De overeenkomsten tussen de verschillende testresultaten is terug te zien bij de items die gaan over depressiviteit. Zo heeft hij een hoge score op deze schaal van de BSI en geeft hij bij de EQ-5D aan matig angstig of somber te zijn. Bij de EQ-5D vragenlijst geeft patiënt ook aan enige problemen te hebben op het gebied van lopen en matige pijn of andere klachten te hebben. Dit komt niet terug op de schaal voor Somatische klachten van de BSI, waar patiënt laag scoort. Dit kan ook voortkomen uit het feit dat de schaal voor Somatische klachten andere symptomen van pijn/klachten omvat dan de patiënt ervaart. Patiënt scoort hoog op de schaal voor sociale wenselijkheid van de BDHI-D vragenlijst.

Bijlage 7

Theorie Shared Decision Making en Herstelondersteunende zorg

ROM is een goede manier om Shared Decision Making in te zetten in de behandeling. Shared Decision Making is een manier om samen met de patiënt beslissingen te nemen over de behandeling en bepaalde behandeldoelen (Elwyn, Frosch, Thomson, Joseph-Williams, Lloyd, Kinnersley, Cording, Tomson, Dodd, Rollnick, Edwards & Barry, 2012). Hierdoor heeft de patiënt dus meer autonomie en wordt er rekening gehouden met de wensen en behoeften van de patiënt. Uit onderzoek van Van der Feltz-Cornelis, Andrea, Kessels, Duivenvoorden, Biemans en Metz (2014) blijkt dat ROM in samenwerking Shared Decision Making zinvol is om toe te passen in de behandeling. Shared Decision Making draagt bij aan vraaggestuurde zorg (Rijckmans, Bongers, Garretsen & van den Goor, 2007) en dat kan leiden tot meer aangepaste zorg op de behoeften van de patiënt (Raue, Schulberg, Heo, Klimstra & Bruce, 2009). Een begrip dat aansluit op shared Decision Making is ook wel Herstelondersteunende zorg. Herstelondersteunende zorg gaat ervan uit dat de regie van de behandeling bij de patiënt ligt. Antony (1993) en Deegan (1995) omschrijven herstel als een uniek en personeel eigen methode om het leven opnieuw richting en inhoud te geven. Herstel doet iemand op eigen kracht, initiatief en vanuit eigen ideeën (Haan, 2013). Volgens Trimbos Instituut (z.d.) houdt herstel niet in dat iemand geneest, maar dat iemand weer regie kan voeren over het eigen leven.

Door Shared Decision Making en Herstelondersteunende zorg ga je met de patiënt het gesprek aan over de behandeling en neem je samen beslissingen. Herstelondersteunende zorg en Shared Decision Making sluit goed aan op de uiteindelijke doelen van de ROM.

Het toepassen van Shared Decision Making levert een aantal positieve effecten op voor patiënten (Malm, et al., in Trimbos Instituut, 2016): meer therapietrouw, patiënttevredenheid, behandeling conform richtlijnen, beter geïnformeerd en soms positieve gezondheidssuitkomsten.

Het Trimbos Instituut (2016) heeft in een tabel weergegeven welke stappen gezet moeten worden als je Shared Decision Making wilt toepassen tijdens het ROM gesprek.

Herkennen	Uit de ROM resultaten komt naar voren dat Herkent u dat? <i>Indien herhaalde meting:</i> Herkent u zich in de vooruitgang/achteruitgang/geen verandering?
Begrijpen	Kunnen we de resultaten verklaren? Doorvragen: Hoe komt dat? Hulpbronnen? Wat doet u anders?
Waarderen	Wat betekenen de resultaten voor u? Bent u tevreden?
Handelen	Wat betekenen de resultaten voor uw behandeldoelen?

Bron: Trimbos Instituut. (2016). Shared Decision Making met ROM als informatiebron. Geraadpleegd op 28 mei 2019, van <https://assets.nkop.nl/docs/8c8b73d6-fcfa-4d13-8218-c90b90113edd.pdf>

Bijlage 8

Instructie voor de trainer: kennismakings energizer waar of niet waar (10 minuten).

Maak groepjes van drie deelnemers.

Geef ieder groepje de volgende instructie: We gaan het volgende doen, iedereen verteld omstebeurt 3 dingen over zichzelf waarvan 1 ding niet waar. Laat de overige deelnemers raden welk vertelde ding niet waar is. Zorg dat iedereen in je groepje aan de beurt komt.

Bijlage 9

Evaluatieformulier voor deelnemers die na een aantal weken kan worden opgestuurd om te evalueren op resultaatniveau.

Beste deelnemer,

Op (dag-maand-jaar) heeft u deelgenomen aan de training: In gesprek gaan over ROM in de transculturele psychiatrie binnen CTP Veldzicht. Graag zouden wij u mening willen over hoe u de training heeft gevonden en of het bij u resultaat heeft geboekt. Zou u onderstaande vragen willen beantwoorden? Het invullen van de vragen is geheel anoniem, de gegevens zullen uitsluitend worden gebruikt om de training te verbeteren.

Met vriendelijke groet,

(naam van de trainer)

1. Hoe vond u de training op een schaal van 1 tot 10? *Omcirkel uw antwoord*

Slecht 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Uitstekend

2. In hoeverre voelt u zich nu in staat tot het voeren van een goed ROM gesprek met de patiënt? *Omcirkel uw antwoord.*

Helemaal niet 1 2 3 4 5 7 8 9 10 Helemaal

3. Heeft u het gevoel dat de training daaraan heeft bijgedragen?

Helemaal niet 1 2 3 4 5 7 8 9 10 Helemaal

4. Wat vond u het meest nuttig aan de training?

.....

.....

.....

5. Wat vond u het minst nuttig aan de training?

.....

.....

.....

6. Eventueel kunt u hier nog andere op- en/of aanmerkingen toevoegen:

.....

.....

.....