

Opvolgen van multidisciplinaire GGZ-richtlijnen

Een exploratie van gedragsbeïnvloedende factoren op het gebruik van multidisciplinaire GGZ-richtlijnen door behandelaren om te verduidelijken hoe dit verhoogd kan worden

Nienke Vlak

Opvolgen van multidisciplinaire GGZ-richtlijnen

Een exploratie van gedragsbeïnvloedende factoren op het gebruik van multidisciplinaire GGZ-richtlijnen door behandelaren om te verduidelijken hoe dit verhoogd kan worden

Nienke Vlak

In opdracht van: GGZ WNB

Tilburg, 19-05-2014

2124183

Fontys Hogeschool HRM en Psychologie

Toegepaste Psychologie

Afstudeerdocent: Marjolein Peters

Begeleider opdrachtgever: Arno van Dam

| Openbaar |

Samenvatting

Uit eerder onderzoek blijkt dat slechts 28% van de behandelaren in de GGZ gebruik maken van de multidisciplinaire GGZ-richtlijnen. Omdat deze richtlijnen ervoor zorgen dat patiënten op één manier, volgens het beste wetenschappelijke bewijs behandeld worden is het wenselijk dat dit percentage stijgt. Opdrachtgever GGZ WNB zou graag meer informatie verkrijgen over de mate waarin richtlijnen worden toegepast door behandelaren binnen hun instelling, en hoe dit verbeterd zou kunnen worden. Dit onderzoek biedt verduidelijking over de factoren die het richtlijngebruik van behandelaren beïnvloeden. De hoofdvraag “Wat motiveert behandelaren om (geen) gebruik te maken van multidisciplinaire richtlijnen?” zal worden beantwoord aan de hand van een literatuur- en veldonderzoek. Het uitgevoerde literatuuronderzoek beoogt antwoord te geven op de vraag “Welke factoren zijn onderliggend voor het (niet) toepassen van richtlijnen door behandelaren?”. Het gaat dus om gedrag op de werkvloer, en het uiteindelijke doel is om een gedragsverandering te stimuleren. Dit literatuuronderzoek werd gedaan door de beschikbare wetenschappelijke literatuur over gedrag, gedragsverandering en motivatie te exploreren en vervolgens belangrijke en relevante theorieën uit te werken. Literatuur werd gezocht in de bibliotheek van de Universiteit van Tilburg, Fontys Hogescholen en via het internet. Uit de literatuur bleek dat attitude, sociale invloed, waargenomen gedragscontrole, gedragsintentie, de psychologische basisbehoeften en (de soort) motivatie de belangrijke factoren zijn die het gedrag van werknemers beïnvloeden. Belangrijke theorie omvat cognitieve dissonantie, innovatieattributen, de theorie van gepland gedrag, innovativiteit van individuen, de zelfdeterminatietheorie en de verwachtingstheorie. Componenten uit deze theorieën kunnen worden gebruikt om gedrag van werknemers te beoordelen, en om zich als werkgever zijnde op te richten wanneer men een interventieplan voor gedragsverandering wil opzetten. Omdat er veel informatie beschikbaar is over organisatiegedrag, is het van belang dit breed te benaderen. Dit literatuuronderzoek biedt een aantal steunpunten vanuit waar werkgevers het gedrag van hun werknemers kunnen bekijken. In het veldonderzoek is onderzocht in hoeverre deze gedragsbeïnvloedende factoren bepalend zijn voor het (niet) toepassen van richtlijnen onder behandelaren van het GGZ WNB. Er is een kwantitatief onderzoek uitgevoerd in de vorm van een vragenlijst. Uit dit onderzoek bleek dat met name de gedragsintentie een goede en significante voorspeller is voor het richtlijngebruik, deze voorspelde 25,8%. De attitude en subjectieve norm van de behandelaren waren weer significante voorspellers voor deze gedragsintentie. Ook bleek de vervulling van de behoefte aan autonomie en de mate waarin iemand gemotiveerd is door identificatie een significant gedeelte van de variantie in het richtlijngebruik te kunnen voorspellen. Op deze determinanten kan worden ingespeeld wanneer men het richtlijngebruik wil stimuleren.

Contents

Samenvatting	3
Aanleiding.....	5
Literatuuronderzoek	7
Inleiding	7
Methode	9
Resultaten	11
Discussie	27
Veldonderzoek	31
Inleiding	31
Methode	33
Resultaten	39
Discussie	46
Algemene conclusies en aanbevelingen.....	49
Literatuurlijst.....	50
Bijlagen.....	52
A Analyseplan.....	52
B Uitnodiging en instructie	62
C Materiaal.....	63
D Ethische verantwoording	76
E Beschrijvende statistiek.....	79
F Begrippenlijst.....	83
G Zoeklogboek.....	84

Aanleiding

Aan het einde van de twintigste eeuw raakte het ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport bezorgd over de verscheidenheid aan richtlijnactiviteiten op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Richtlijnen zijn systematisch ontwikkelde aanbevelingen bedoeld om hulpverleners en patiënten te helpen bij het nemen van beslissingen over de gewenste zorg bij gezondheidsproblemen (Gezondheidsraad, 2000). Een verscheidenheid van richtlijnactiviteiten is onwenselijk omdat behandelaren uit verschillende disciplines dan niet in lijn werken met elkaar bij het behandelen van patiënten, en deze hierdoor mogelijk niet de beste zorg ontvangen. Het ministerie van VWS begon met het stimuleren van de ontwikkeling van evidence-based richtlijnen om tot het beste wetenschappelijke bewijs te komen voor de behandeling van patiënten. Er mag gesproken worden van evidence-based richtlijnen als de ontwikkelaars van deze richtlijnen gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik hebben gemaakt van het huidige beste bewijsmateriaal (van Everdingen, Burgers & Assendelft, 2004). De beschikbare wetenschappelijke literatuur wordt dus systematisch doorzocht en gewogen, en kennis van hulpverleners en patiënten wordt meegenomen bij het formuleren van deze richtlijnen (Trimbos instituut, z.d.). Om evidence-based handelen te bevorderen en de kennis en ervaring van verschillende beroepsgroepen op elkaar te kunnen afstemmen werd begonnen met het opstellen van multidisciplinaire richtlijnen in 2003. De eerste multidisciplinaire richtlijn was de richtlijn depressie (LSM GGZ, 2003). Vanaf 2003 tot op heden werden er meerdere multidisciplinaire richtlijnen uitgebracht voor gebruik in de GGZ, op dit moment zijn er 14 verschillende richtlijnen beschikbaar. Het ontstaan van deze richtlijnen veroorzaakte een verschuiving van mono- naar multidisciplinaire richtlijnen (Franx et al., 2011). De multidisciplinaire richtlijnen zijn gericht op bepaalde stoornissen of problematiek, er bestaan bijvoorbeeld richtlijnen betreffende opiaatverslaving of persoonlijkheidsstoornissen. Deze richtlijnen zijn geschreven voor alle behandelaren werkzaam binnen de GGZ; psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers etc. Richtlijnen kunnen helpen bij het overzien van de alsmaar groeiende wetenschappelijke literatuur, en kunnen de professional en patiënt ondersteunen in de besluitvorming over passende zorg. Het is de bedoeling dat goede richtlijnen de kwaliteit van de zorg verbeteren. Ze veranderen het zorgproces door dit verder te structureren, en verbeteren uitkomsten van de zorg die voor patiënten erg belangrijk zijn (CBO, z.d.). Alle behandelaren uit alle disciplines kunnen nu dezelfde richtlijnen raadplegen, welke zij als leidraad kunnen gebruiken bij het behandelen van patiënten. Deze richtlijnen bevatten aanbevelingen om volgens het beste wetenschappelijke bewijs patiënten te behandelen. Voor instellingen is het dus van belang dat deze richtlijnen worden gevolgd, om de kwaliteit van de zorg te kunnen waarborgen.

In 2009 verscheen er vanuit het Trimbos instituut een trendrapportage waarin onder andere het gebruik van multidisciplinaire richtlijnen door behandelaren binnen de GGZ en beïnvloedende factoren werden beschreven. Uit deze trendrapportage bleek dat het percentage behandelaren dat daadwerkelijk

gebruik maakt van de richtlijnen vrij laag is, namelijk 28%. Dit toonden de auteurs aan door vragenlijst af te nemen bij een groep behandelaren uit verschillende beroepsverenigingen.

Dat slechts 28% van de behandelaren gebruik maakt van de multidisciplinaire GGZ-richtlijnen (Sinnema, Franx & van 't Land, 2009) veroorzaakte zorgen binnen de afdeling kwaliteit & innovatie van GGZ Westelijk Noord-Brabant (GGZ WNB). Zij zijn benieuwd in hoeverre richtlijnen worden toegepast binnen de verschillende locaties van hun instelling. De kwaliteit van de zorg die zij bieden hangt samen met de toepassing van de richtlijnen. Het toepassen van richtlijnen geeft de garantie dat de keuze voor behandeling niet afhankelijk is van de voorkeur van de behandelaar, maar van het beste wetenschappelijke bewijs (Smolders, Laurant, van Duin, Wensing & Grol, 2006). Ook wordt de transparantie wat betreft de zorg verhoogd, omdat richtlijnen inzichtelijk zijn voor patiënten en er patiëntenversies van de richtlijnen bestaan. Het probleem is dus dat de patiënten van het GGZ WNB mogelijk niet de beste zorg krijgen. Bijzaak daarvan is dat patiënten ook minder inzicht hebben in de ontvangen behandeling. Voor het GGZ WNB is het nadelig wanneer de kwaliteit van de zorg die zij aanbieden minder dan optimaal is, omdat dit van invloed is op de hoeveelheid zorg die zorgverzekeraars inkopen. Wanneer zij minder of geen zorg zouden inkopen brengt dit negatieve financiële consequenties met zich mee. Het is dus zaak dat de situatie op het GGZ WNB in kaart wordt gebracht en verbeterd, de adviesvraag vanuit GGZ WNB luidt daarom "Hoe kan het toepassen van richtlijnen door behandelaren worden verbeterd?". Het is daarom binnen dit onderzoek van belang om uit te zoeken welke factoren ervoor zorgen dat behandelaren de richtlijnen gaan toepassen, en welke factoren er juist voor zorgen dat richtlijnen niet worden toegepast. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt dus "Wat motiveert behandelaren om (geen) gebruik te maken van multidisciplinaire richtlijnen?". Om deze vraag te kunnen beantwoorden wordt eerst een literatuuronderzoek uitgevoerd. Binnen dit literatuuronderzoek wordt gezocht naar de belangrijkste factoren die zorgen voor de gedraging toepassen van richtlijnen. De hoofdvraag behorende bij dit literatuuronderzoek is "Welke factoren zijn onderliggend voor het (niet) toepassen van richtlijnen door behandelaren?". Wanneer een analyse van de beschikbare wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp is gedaan, wordt het mogelijk om te onderzoeken of dezelfde principes opgaan in de praktijk binnen het GGZ WNB. Dan wordt geëxploreerd of deze gedragsbeïnvloedende factoren uit het literatuuronderzoek ook gelden in de praktijk van het richtlijngebruik. Dit wordt gedaan in de vorm van een kwantitatief onderzoek met als hoofdvraag 'In hoeverre zijn de factoren die van invloed zijn op gedrag bepalend voor het (niet) toepassen van richtlijnen onder behandelaren van het GGZ WNB?'. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een vragenlijst, waarmee ook een beeld geschetst wordt over de mate waarin de richtlijnen op dit moment worden toegepast. Uit dit veldonderzoek zal specifiek blijken welke factoren samengaan met het wel of niet toepassen van de richtlijnen. Wanneer dit onderzocht is, wordt het mogelijk GGZ WNB te adviseren over waarop zij zich kunnen richten om het opvolgen van richtlijnen te stimuleren. Dit zal op zijn beurt weer zorgen voor een betere zorgkwaliteit, die voor hen betere behandeluitkomsten en meer financiële zekerheid met zich

meebrengt.

Dit onderzoek bestaat uit een literatuuronderzoek en een veldonderzoek. Eerst zal het gehele literatuuronderzoek worden beschreven, waarin vanuit de wetenschappelijke theorie gezocht zal worden naar factoren die onderliggend kunnen zijn voor richtlijngebruik. Daarop volgt een veldonderzoek, waarin wordt geëxploreerd of gevonden factoren uit het literatuuronderzoek ook opgaan in de praktijk van het richtlijngebruik binnen GGZ WNB. Er zal worden afgesloten met een algemene conclusie die deze twee onderzoeken samen kort in beschouwing neemt. Daarop volgt de literatuurlijst en de bijlagen.

Literatuuronderzoek

Inleiding

Het feit dat uit eerder onderzoek blijkt dat slechts 28% van de Nederlandse behandelaren gebruik maken van de multidisciplinaire GGZ-richtlijnen bij het behandelen van patiënten, baarde zorgen bij de afdeling kwaliteit & innovatie van GGZ Westelijk Noord-Brabant (GGZ WNB). De afdeling raakte geïnteresseerd in de stand van zaken betreffende dit richtlijngebruik op de eigen instelling. Het is voor instellingen als GGZ WNB van belang dat deze richtlijnen gebruikt worden omdat deze samenhangen met de zorgkwaliteit. Deze is af te meten aan de behandeluitkomsten van de instelling. Minder goede behandeluitkomsten hebben voor instellingen zoals deze negatieve financiële consequenties. De wens om het richtlijngebruik onder behandelaren werkzaam bij het GGZ WNB te verhogen ontstond hieruit. Om in kaart te brengen in hoeverre de richtlijnen gebruikt worden, en hoe dit richtlijngebruik kan worden verhoogd wordt dit onderzoek uitgevoerd. Binnen het literatuuronderzoek is de doelstelling om inzicht te verkrijgen in de onderliggende factoren voor het (niet-) toepassen van richtlijnen door behandelaren.

Dit literatuuronderzoek dient ervoor de hoofdvraag “Welke factoren zijn onderliggend voor het (niet) toepassen van richtlijnen door behandelaren?” te beantwoorden. Het toepassen van richtlijnen door behandelaren is te beschouwen als gedrag binnen een organisatie, het gaat hier dus om werkgedrag. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is dus literatuur uit het arbeid- en organisatievakveld doorgenomen. Multidisciplinaire richtlijnen zijn richtlijnen bestemd voor alle beroepsgroepen binnen de GGZ, die volgens het evidence-based principe zijn opgesteld. Dit wil zeggen dat ze zijn opgesteld volgens het beste bewijsmateriaal (van Everdingen, Burgers & Assendelft, 2004). De richtlijnen richten zich op bepaalde stoornissen of problematiek bij patiënten. Er is bijvoorbeeld één richtlijn voor patiënten die lijden aan depressie. Alle hulpverleners op een GGZ-instelling kunnen hun diagnose en behandeling uitvoeren aan de hand van deze richtlijn. De zorgkwaliteit neemt dus toe wanneer richtlijnen goed worden toegepast. Voor het GGZ WNB is het belangrijk dat behandelaren die bij hen werkzaam zijn de richtlijnen (gaan) toepassen. Het uiteindelijke doel van het onderzoek is dus het adviseren van het GGZ WNB zodat zij de bij hen werkzame hulpverleners kunnen stimuleren om (meer) gebruik te maken van de richtlijnen.

Wanneer een behandelaar begint met het toepassen van richtlijnen heeft er een gedragsverandering plaatsgevonden. Dit leidt tot de vraag wat een mens in actie doet komen, dit wordt beschreven aan de hand van gedrag en motivatie. De eerste deelvraag die wordt besproken is “Welke factoren beïnvloeden werkgedrag?”. Om in te kunnen spelen op gedrag is het eerst nodig uiteen te zetten welke factoren hierop invloed uitoefenen. Vervolgens wordt de aandacht gericht op de motivatie om nieuw gedrag te gaan vertonen. Dit wordt gedaan aan de hand van de tweede deelvraag, “Hoe worden werknemers gemotiveerd om bepaald gedrag te vertonen?”. Motivatie speelt een belangrijke rol in het beginnen en doorzetten van veranderingsprocessen (Brinkman, 2013). Maar om te kunnen beoordelen hoe een gedragsverandering verloopt, en of deze succesvol is, is het nodig inzicht te hebben in het verloop van veranderingsprocessen. Dit leidt ons tot de laatste deelvraag, “Hoe verlopen gedragsveranderingsprocessen?”. Binnen dit literatuuronderzoek bieden de deelvragen informatie over invloeden op werkgedrag, hoe werknemers te motiveren zijn en hoe gedragsveranderingsprocessen verlopen. Deze deelvragen samen scheppen een volledig beeld van de onderliggende factoren voor het (niet) toepassen van richtlijnen. Wanneer duidelijk wordt welke factoren invloed uitoefenen op het richtlijngebruik en hoe dit werkt, kan er worden bekeken in hoeverre deze factoren invloed uitoefenen op het gedrag van de behandelaren van het GGZ WNB. Het literatuuronderzoek leidt dus tot verduidelijking van mogelijke achtergronden van het wel of niet toepassen van richtlijnen, welke geëxploreerd zullen worden tijdens het veldonderzoek.

Eerst zal de methode van onderzoek worden beschreven, waarna zal worden ingegaan op de factoren die invloed uitoefenen op gedrag. Vervolgens zal theorie over het motiveren van werknemers worden besproken, om af te sluiten met theorieën die illustreren hoe een gedragsveranderingsproces verloopt. Dit alles zal bekeken worden vanuit de organisatiecontext, omdat het hier om gedrag van werknemers gaat. Vervolgens wordt overgegaan op het veldonderzoek.

Methode

Doel en type onderzoek.

Het doel van dit literatuuronderzoek is het verkrijgen van inzicht in de onderliggende factoren voor het (niet-) toepassen van richtlijnen door behandelaren. Deze informatie is nodig om het GGZ WNB te kunnen adviseren wat betreft het stimuleren van richtlijngebruik onder behandelaren. Ook dient dit literatuuronderzoek als onderbouwing voor het veldonderzoek, waarin zal worden geprobeerd te achterhalen waarom behandelaren van het GGZ WNB momenteel wel of geen gebruik maken van de multidisciplinaire richtlijnen. Om deze onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is een explorierend literatuuronderzoek uitgevoerd.

Procedure.

Het Trimbos instituut is het Nederlandse kennisinstituut op het gebied van geestelijke gezondheid en verslaving, en heeft meegewerkt aan het ontwikkelen van de multidisciplinaire GGZ richtlijnen. Omdat de trendrapportage uit 2009 (Sinnema, Franx & van 't Land) vanuit hen aanleiding vormt voor dit onderzoek zijn de bronnen daarvan en de website van het Trimbos instituut gebruikt om de (eerste) literatuur te verzamelen. Via het internet is gezocht naar boeken, artikelen en websites. Vaak is dit uitgevoerd aan de hand van de sneeuwbalmethode: de literatuurlijst van een bestaande bron werd bekeken en er werd op titel doorgezocht. Wanneer het ging om boeken werden deze gezocht in de Fontys catalogus of 'WorldCat Local', de zoekdatabase van Tilburg University. Op deze manier werden beschikbare boeken verkregen. Onderstaand zijn enkele zoektermen en hun resultaten weergegeven bij wijze van voorbeeld. Een compleet overzicht van alle zoekacties en resultaten is te vinden in het zoeklogboek (Bijlage G). Ook werd literatuur vaak gevonden door volgens de sneeuwbalmethode te zoeken op de gehele titel. Wanneer de originele bron (gevonden in de literatuurlijst van de andere bron) in de zoekresultaten te vinden was, is deze vervolgens ook geanalyseerd op dezelfde manier zoals beschreven onder het kopje 'analyse' en eventueel benut binnen dit onderzoek. Wanneer een bron relevant bleek of de beoogde specifieke bron gevonden was, werd de bron benut en werden de overige hits niet verder bekeken.

Zoekterm 1: Verandering

Database: Fontys catalogus
Aantal hits: 353
Boek: "Voor de verandering"

Zoekterm 2: Motivatie werk

Database: (Via google scholar): Selfdeterminationtheory.org
Aantal hits: 24.400

Artikel: "De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer"

Zoekterm 3: Management gedrag

Database: Fontys catalogus

Aantal hits: 16

Boeken: "Management van gedrag: individu, team en organisatie." (Mullins), "Management, organisatie en gedrag."

Analyse.

Na het verzamelen van literatuur werd deze gescreend op relevantie en betrouwbaarheid. Wanneer de literatuur een wetenschappelijke basis had en van betrouwbare bron kwam (wetenschappelijk tijdschrift, boek of websites van onderzoeksinstituten) werd deze overwogen voor gebruik. Hierbij werden het Trimbos instituut en CBO gezien als betrouwbaar. Vervolgens werd het abstract (als beschikbaar) gelezen en werden titels in de literatuur doorgelezen, waarna stukjes tekst die interessant leken globaal werden doorgelezen. Tekst werd beschouwd als interessant wanneer deze gerelateerd was aan richtlijnen, gedrag of gedragsverandering. Hierbij werd er gekeken of het richtlijnen uit de gezondheidszorg betrof, waarbij geen onderscheid werd gemaakt tussen geestelijke en fysieke gezondheidszorg. Uiteindelijk werd literatuur volledig gelezen om vervolgens relevante delen te kunnen gebruiken bij de totstandkoming van deze literatuurstudie. Bij de gebruikte boeken geldt dit enkel voor relevante hoofdstukken of paragrafen. Voorbeelden van literatuurbronnen zijn:

- CBO (z.d.). *Evidence based werken (richtlijnen)*. Geraadpleegd op 11 februari 2014, op

<http://www.cbo.nl/themas/evidence-based-werken--richtlijnen-/projecten/richtlijnen>

Dit is een Nederlandstalige website die meer inzicht verschaft in het principe van evidence-based werken.

- van Everdingen, J., Burgers, J. & Assendelft, W. (2004). *Evidence-based richtlijntontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Dit is een Nederlandstalig boek betreffende de ontwikkeling van richtlijnen, en dit werd vooral gebruikt om inzicht te verkrijgen in de totstandkoming van richtlijnen en de aanleiding.

- Sinnema, H., Franx, G. & van 't Land, H. (2009). *Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ*.

Themarapportage. Utrecht: Trimbos instituut.

Deze Nederlandstalige themarapportage is de aanleiding voor dit onderzoek. Er wordt kwantitatief onderzoek beschreven wat betreft richtlijnopvolging door behandelaren uit verschillende beroepsverenigingen.

- Trimbos instituut (2014). *Over multidisciplinaire richtlijnen*. Geraadpleegd op 12 februari 2014, op

<http://www.ggzrichtlijnen.nl/>

Dit is een Nederlandstalige website waarop de richtlijnen te vinden zijn, en daarbij ook uitleg. Naar deze pagina werd verwezen in de vragenlijst van Sinnema, Franx & van 't Land (2009) waarna de website direct bezocht is.

Een volledig overzicht van alle gebruikte literatuur is te vinden in de literatuurlijst op pagina 50.

Resultaten

Werkgedrag.

Het opvolgen van richtlijnen door behandelaren is een vorm van gedrag. Om ervoor te zorgen dat behandelaren meer gebruik gaan maken van deze richtlijnen is dus een gedragsverandering nodig. Bloemers en Hagedoorn (2010) definiëren gedrag als volgt: 'alle zintuiglijk waarneembare activiteiten van of binnen een individu of een verzameling individuen bij het bereiken van een bepaald doel'. Hieruit komt naar voren dat gedrag betrekking heeft op individuen en groepen. Vervolgens wordt een indeling gemaakt van gedrag op microniveau, mesoniveau en macroniveau. Op microniveau gaat het om het gedrag van een individu, en processen binnen het individu. Op mesoniveau gaat het om invloed van personen binnen groepen op elkaar. Op macroniveau gaat het om het gedrag van groepen individuen, dit niveau is overkoepelend over de vorige twee niveaus. In dit geval ligt de focus sterk op het microniveau: het gedrag van individuele behandelaren. Maar ook de invloed van collega's en de organisatie daarop is niet te verwaarlozen. Binnen deze paragraaf zal de volgende deelvraag beantwoord worden "Welke factoren beïnvloeden werkgedrag?". Het wetenschappelijk onderzoek naar gedrag van mensen in arbeidssituaties wordt vaak aangeduid met 'gedrag in organisaties' (ook wel organizational behavior). Gedrag in organisaties bestudeert de invloed van individuele factoren, groepsprocessen en organisatiestructuren op menselijk gedrag binnen de organisatie (Robbins & Judge, 2011). Dit sluit aan bij de indeling van niveaus uit Bloemers en Hagedoorn. Later in dit literatuuronderzoek komen verschillende factoren op deze niveaus terug.

Implementatie.

Wanneer er op de werkvloer een vernieuwing, zoals een richtlijn, wordt ingevoerd spreekt men ook wel van implementatie. Wanneer de werknemers hun gedrag aanpassen aan de vernieuwing is deze geïmplementeerd. Grol en Wensing (2006) onderscheiden op basis van literatuuronderzoek de volgende factoren die de implementatie van richtlijnen beïnvloeden: kenmerken van de richtlijn, individuele factoren, sociale omgevingsfactoren, organisatorische factoren en maatschappelijke factoren. Deze factoren beïnvloeden het beoogde gedrag binnen dit onderzoek: het toepassen van richtlijnen. Met kenmerken van de richtlijn worden vorm, inhoud en lay-out van de richtlijn bedoeld. Individuele factoren bestaan uit een cognitief, motivationeel en gedragsmatig aspect. Het cognitieve aspect staat voor de kennis en vaardigheden van de werknemer. Het gaat er dan om dat men de richtlijnen begrijpt. Het motivationele aspect staat voor de invloeden op de intentie van de werknemer. Het gedragsmatige aspect staat voor de mate waarin iemand routinematig handelt en over welke vaardigheden iemand beschikt. Met sociale factoren bedoelt men in welke mate richtlijnen aansluiten bij professionele normen (in de beroepsgroep), het functioneren van werkteams en de kenmerken van het professionele netwerk waartoe de werknemer behoort. Organisatorische factoren zijn de organisatiestructuur (machtsverdeling), de organisatieprocessen die bestaan uit de communicatieprocessen binnen een organisatie en de

beschikbare middelen (faciliteiten en materialen). Maatschappelijke factoren zijn financiële prikkels, wet- en regelgeving en segmenten in de doelgroep. Segmenten in de doelgroep zijn subgroepen die in verschillende fasen van het veranderingproces zitten. Deze factoren samen beïnvloeden de al dan niet succesvolle implementatie van een richtlijn. In de trendrapportage van Sinnema, Franx & van 't Land (2009) wordt richtlijngebruik met vragenlijsten onder beroepsverenigingen gemeten aan de hand van deze factoren. Hierin illustreren zij dat de meeste behandelaren positief denken over de kenmerken van de multidisciplinaire richtlijnen, ongeveer driekwart van de behandelaren vindt richtlijnen helder geformuleerd en passend in het reguliere werk. Ook tonen zij aan dat de behandelaren weten van het bestaan van de richtlijnen (91%) waarbij tweederde van de behandelaren aangeeft ook in het bezit te zijn van (een of meerdere) richtlijnen. Toch past slechts 28% van de behandelaren deze richtlijnen daadwerkelijk toe. Op het niveau van de patiënt wordt aangetoond dat 88% van de behandelaren de wensen van de patiënt laten meewegen in de keuze voor het gebruik van richtlijnen. Op het niveau van de sociale omgeving geeft minder dan de helft van de behandelaren aan dat zij denken dat collega's van mening zijn dat er volgens de richtlijnen gewerkt moet worden. Op het niveau van de organisatie tonen zij aan dat 43% van de behandelaren vinden dat een helder beleid over het richtlijngebruik ontbreekt in hun organisatie. Sinnema, Franx & van 't Land (2009) schrijven: "Sommige respondenten geven aan niet gemotiveerd te zijn om ze (de richtlijnen) toe te passen. Relatief veel ondervraagde psychologen, psychotherapeuten en vaktherapeuten zeggen moeite te hebben met het veranderen van hun werkwijze; ze zijn van mening dat richtlijnen niet aansluiten bij hun werkopvatting (p. 28). Op maatschappelijk niveau reageren de ondervraagde behandelaren uiteenlopend. Een minderheid (26%) is van mening dat er een financiële vergoeding zou moeten zijn voor het werken met de multidisciplinaire richtlijnen. Verder worden er zowel positieve als negatieve opmerkingen gemaakt over de registratie-eisen en opgelegde normen vanuit zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars verwachten een bepaalde kwaliteit zorg en het administreren van richtlijnactiviteiten. Enkele behandelaren geven aan daardoor meer gebruik te maken van de richtlijnen, een paar andere behandelaren gebruiken de richtlijnen daardoor minder. De behandelaren weten dus van het bestaan van de richtlijnen, maar passen deze toch niet toe. Er lijkt sprake te zijn van een verminderde motivatie om de richtlijnen toe te passen. Uit dit onderzoek komt ook de sociale druk vanuit patiënten en collega's naar voren. De gewenste gedragsverandering stagneert, terwijl de richtlijnen goed beschikbaar zijn. Het is dus van belang om uit te zoeken welke factoren bijdragen aan de motivatie, ervaren sociale druk en gedragsverandering van behandelaren. Hierop zal worden ingegaan in de volgende paragrafen.

Attitude.

Om richtlijnen goed te kunnen implementeren moeten behandelaren hun werkgedrag daarop aanpassen. Een belangrijke determinant die een rol speelt in werkgedrag is attitude. De attitude die een werknemer heeft tegenover zijn werkzaamheden oefent veel invloed uit op zijn uiteindelijke werkgedrag. Attitude staat voor de houding die men heeft tegenover mensen of gebeurtenissen. Dit kan zowel positief

als negatief zijn. Iemand heeft over alle zaken waar hij mee te maken krijgt een attitude. Steeds weer bepaalt men ten opzichte van deze zaken zijn houding en gedrag (Robbins & Judge, 2011).. Een attitude heeft drie componenten: cognitief, affectief en gedrag.

Met een cognitieve component wordt de kenniscomponent bedoeld, datgene wat een persoon gelooft over bepaalde zaken. Dit leidt niet tot gedrag, maar bereidt ons wel voor op de affectieve component. Met een affectieve component wordt de emotionele kant van een attitude bedoeld, hierbij vormt men een oordeel wat kan leiden tot gedrag. Ten slotte wijst de gedragscomponent op de intentie om zich op een bepaalde manier te gedragen. Voor een lange tijd dacht men dat deze attitudes de oorzaak waren voor ons gedrag, maar Festinger (1962) beschreef dat dit ook andersom werkte. We zouden dus onze attitudes aanpassen aan ons gedrag. Hij vond dat mensen hun gedrag veranderen om cognitieve dissonantie te vermijden. Cognitieve dissonantie verwijst naar elke mogelijke inconsistentie die een individu kan waarnemen tussen twee of meer attitudes of tussen gedrag en attitudes. Dat mensen streven naar consistentie tussen gedrag en attitude blijkt ook uit ander onderzoek (Mullins, 2007). Tegenwoordig wordt gedacht dat er een wisselwerking bestaat tussen onze attitudes en ons gedrag, deze beïnvloeden elkaar.

Er zijn enkele variabelen die de relatie tussen attitude en gedrag beïnvloeden. Allereerst het belang van de attitude. Wanneer iemand een attitude belangrijk vindt zal deze een sterkere relatie met het gedrag vertonen. Dit geldt omgekeerd ook; wanneer iemand bepaald gedrag belangrijk vindt zal dit een sterkere relatie met de attitude vertonen. Ook de mate van specificiteit oefent invloed uit, op een concrete attitude volgt ook concreet gedrag. Minder specifieke attitudes hebben vaak een minder duidelijke link met het gedrag (Robbins & Judge, 2011). Ook de toegankelijkheid heeft invloed op de relatie tussen attitude en gedrag. Wanneer een attitude gemakkelijk in gedachten opkomt, is deze een sterkere voorspeller van gedrag. Mensen onthouden attitudes beter wanneer ze deze uiten, en daardoor gaan ze zich hier ook vaker naar gedragen. Een andere variabele is sociale druk: Als er een sterke sociale druk is voor een bepaald gedrag, kunnen attitude en gedrag daardoor van elkaar gaan verschillen (Robbins & Judge, 2011). Een laatste variabele die invloed uitoefent is ervaring met de attitude: Het verband tussen attitude en gedrag wordt sterker naarmate de eigenaar van de attitude directe ervaring heeft. Een attitude over een situatie waarmee iemand niet in aanraking is geweest zegt minder over het gedrag van iemand in die mogelijke situatie (Robbins & Judge, 2011). Een attitude op zich zegt dus nog niet alles. Als een attitude belangrijk, specifiek en toegankelijk is, er sociale druk voor een bepaald gedrag is en iemand ervaring heeft met een attitude zal de attitude een betere voorspeller zijn voor het uiteindelijke gedrag dat iemand vertoont. Het is dus van belang dat de attitude van werknemers uitgebreid te onderzoeken, wanneer men aan de hand daarvan een uitspraak wil doen over het gedrag.

Afstemming.

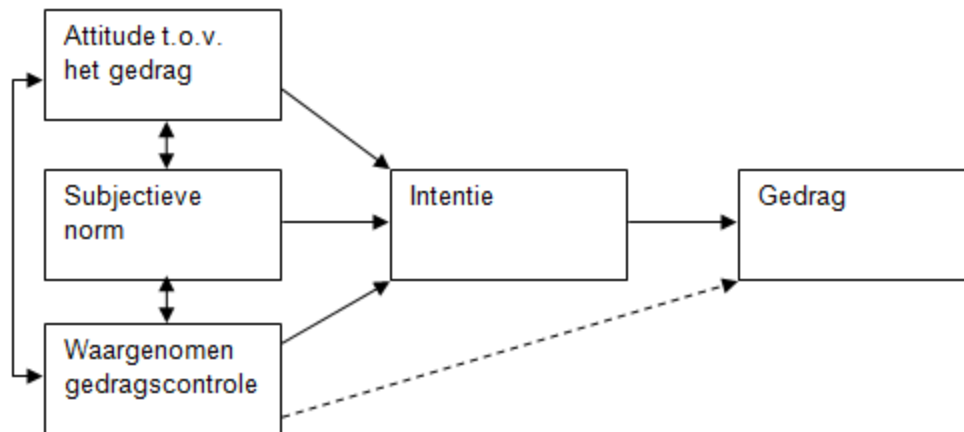
Een attitude hangt samen met een bepaalde gedraging. Als men nog verder uitzoomt, kan men ook de context waarin het gedrag zich afspeelt beoordelen. Mullins (2007) schrijft dat gedrag van mensen in organisaties niet op zichzelf kan worden beoordeeld. Het is nodig om ook te kijken naar de relatie met

andere variabelen zoals de formele structuur, taken, technologieën, werkmethoden, managementproces en de externe omgeving. Ze bekijkt organisatiegedrag op de niveaus van het individu, de groep, de organisatie en de omgeving. Ze benoemt het individu als centraal concept van organisatiegedrag, en dit individu handelt naar verwachtingen van de organisatie of als reactie op externe invloeden. Wanneer de individuele behoeften en vereisten vanuit de organisatie niet goed op elkaar zijn afgestemd levert dit frustraties op. Mullins beschrijft dat deze afstemming de taak van de manager in een organisatie is, deze moet helpen in het voorzien van de behoeften van het individu terwijl hij/zij er ook voor zorgt dat de organisatiedoelen worden behaald. De sociale groep waartoe iemand behoort kan invloed hebben op het gedrag van het individu in de vorm van groepsdruk. Mensen proberen zich aan te passen aan de verwachtingen die andere mensen van hen hebben. Ook proberen zij sociaal mee te komen door zich net als andere personen in de sociale groep te gedragen. Dit sluit aan bij de sociale omgevingsfactoren uit de trendrapportage van Sinnema, Franx & van 't Land (2009). Het is nodig om kennis te hebben van groepsstructuren om organisatiegedrag goed te kunnen beoordelen. Het is van belang om aandacht te besteden aan welke personen een groep vormen, en wat er binnen deze groepen speelt. Groepen kunnen gedrag versterken of afzwakken. Wanneer je in kaart brengt welke sociale groepen er zijn en hoe deze elkaar beïnvloeden, is het duidelijker waar je zou kunnen ingrijpen om bepaald gedrag te stimuleren. De individuen en groepen binnen een organisatie hebben op hun beurt weer een wisselwerking met de formele organisatiestructuur. Door middel van deze structuur voeren leden van de organisatie hun activiteiten uit en proberen zij doelstellingen te behalen. De organisatie is onderdeel van een grotere, externe omgeving. Deze omgeving heeft invloed op de organisatie door middel van technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen, overheidsmaatregelen, economische activiteit en sociale en culturele invloeden. In deze situatie is het zo dat er richtlijnen zijn ontstaan vanuit de externe omgeving, die vervolgens geïmplementeerd moeten worden binnen de organisatie. De uiteindelijke doelgroep van deze richtlijnen zijn binnen het GGZ WNB de behandelaren, die ook door elkaar beïnvloed kunnen worden. Wanneer we dit vanuit de eerder beschreven indeling van Bloemers & Hagedoorn (2010) bekijken, is dit gedrag op micro- en mesoniveau. Hierop wordt gefocust binnen dit literatuuronderzoek.

Theorie van gepland gedrag.

Een theorie met determinanten op zowel micro- als mesoniveau is de theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1991). Deze theorie biedt op een overzichtelijke manier inzicht in de invloeden op gedrag. Deze theorie is een uitbreiding op de 'theory of reasoned action' van Ajzen en Fishbein uit 1975. Zoals in de oorspronkelijke theorie staat de intentie van een individu om bepaald gedrag uit te voeren centraal. Deze theorie stelt dat de intentie van een individu de motivatie om bepaald gedrag uit te voeren bevat. Over het algemeen geldt binnen deze theorie: hoe sterker de intentie, hoe hoger de kans dat bepaald gedrag wordt uitgevoerd. Gedragsintentie kan echter enkel overgaan in gedrag wanneer de persoon die het gedrag moet uitvoeren ook controle heeft over het gedrag. Dit is het geval wanneer iemand met wilskracht kan besluiten het gedrag wel of niet te gaan uitvoeren. Non-motivationele factoren zoals de

beschikbaarheid van middelen en kansen (tijd, geld, vaardigheden) spelen meestal ook in enige mate een rol. Deze factoren samen verklaren de daadwerkelijke controle over het gedrag. Hoe de intentie wordt vormgegeven wordt gepresenteerd in het volgende structuurschema:



Figuur 1. Theory of planned behavior (Ajzen, 1991).

In dit plaatje zijn terugkoppelingseffecten van het gedrag op de voorgaande variabelen niet weergegeven, om interpretatie te vergemakkelijken.

Het waargenomen vermogen om een taak uit te voeren (in de vorm van middelen/mogelijkheden) wordt opgenomen in dit model als 'waargenomen gedragscontrole' (Engels: perceived behavioral control). Het spreekt voor zich dat de middelen en mogelijkheden die een persoon heeft bepalend zijn voor de uiteindelijke gedragsprestatie. Wat op psychologisch gebied interessanter is, is de gedragscontrole die een persoon ervaart. Deze heeft op zijn beurt weer impact op de intentie en acties van een persoon. In deze vernieuwing van de theorie is de waargenomen gedragscontrole toegevoegd. Deze verwijst naar de perceptie van het gemak of de moeite waarmee bepaald gedrag kan worden uitgevoerd door een persoon. Deze waargenomen gedragscontrole kan gezamenlijk met de gedragsintentie het uiteindelijke gedrag voorspellen. Dat betekent dat, wanneer de gedragsintentie gelijk blijft, de moeite die een persoon doet om een bepaald doel te behalen waarschijnlijk toeneemt naarmate iemand meer gedragscontrole ervaart. Dus wanneer twee personen met gelijke intenties een cursus zouden doen, zou de persoon die meer vertrouwen heeft in het volbrengen van de cursus deze ook waarschijnlijker met goed gevolg afronden. De waargenomen gedragscontrole is niet altijd realistisch. Wanneer de persoon weinig informatie heeft over het gedrag, wanneer eisen of beschikbare middelen zijn veranderd of wanneer er onverwachte dingen gebeuren is de waargenomen gedragscontrole vaak een minder accurate voorspelling van het uiteindelijke gedrag.

De theorie van gepland gedrag onderscheidt drie determinanten die bepalend zijn voor iemands intentie. De eerste determinant is de attitude ten opzichte van het gedrag, dat wil zeggen de mate waarin een persoon een gunstige of ongunstige beoordeling heeft over het gedrag in kwestie. De tweede determinant is een sociale factor genaamd subjectieve norm. Dit verwijst naar de ervaren sociale druk om

gedrag wel of niet uit te voeren. De laatste determinant voor intentie is waargenomen gedragscontrole. Zoals eerder beschreven verwijst dit naar de verwachte moeite of gemak waarmee het gedrag kan worden uitgevoerd. Deze determinant omvat ook ervaringen uit het verleden en verwachte belemmeringen of obstakels. Over het algemeen geldt dat de intentie tot gedrag stijgt wanneer de attitude t.o.v. het gedrag, de subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole gunstiger zijn. Het belang van deze drie voorspellers zal verschillen zal waarschijnlijk variëren per gedrag of situatie. Het kan dus zo zijn dat in sommige situaties één of twee van deze voorspellers de gedragsintentie van een persoon verklaren. De theorie van gepland gedrag poogt om gedrag niet alleen te voorspellen, maar ook te verklaren. Om dat te kunnen doen moet er aandacht worden besteed aan wat voorafgaat aan attitudes, subjectieve normen en waargenomen gedragscontrole. De theorie toont aan dat gedrag een functie is van opvattingen die relevant zijn over het gedrag. Er worden drie soort opvattingen onderscheiden; gedragsopvattingen beïnvloeden de attitude ten opzichte van het gedrag, normatieve opvattingen zijn onderliggend voor de subjectieve norm en overtuigingen over controle zijn onderliggend voor de waargenomen gedragscontrole.

Brinkman (2013) biedt aan de hand van deze theorie implicaties voor hetagogisch handelen. Wanneer je het gedrag van een individu (behandelaar) wilt veranderen, moet je rekening houden met zijn waarden. Daarop doe je een beroep. Vervolgens kan je de relatie van het nieuwe gedrag tot de waarden van de cliënt uitleggen om de gedragseffectiviteit te bevorderen, dit zorgt voor een gunstigere attitude. Ook kan je aandacht schenken aan de persoonlijke effectiviteit door de cliënt vaardigheden aan te leren of nodige stappen binnen de verandering toe te lichten. Dit kan de waargenomen gedragscontrole verhogen. Als laatste is het nodig om aandacht te besteden aan de mening van anderen uit de sociale omgeving van het individu. Het kan nuttig zijn om, wanneer mogelijk, de mening van identificatiefiguren van het individu aan te dragen.

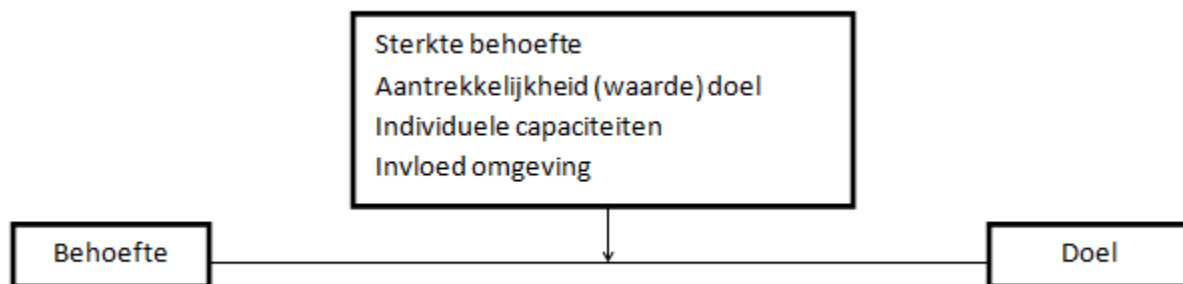
Gedrag kan op verschillende manieren bekeken worden. De deelvraag die in deze paragraaf beantwoord werd is “Welke factoren beïnvloeden werkgedrag?”. Wanneer het gaat om toepassen van richtlijnen zijn kenmerken van de richtlijn, individuele factoren, sociale omgevingsfactoren, organisatorische factoren en maatschappelijke factoren van invloed op het uiteindelijke gedrag. De theorie van gepland gedrag stelt dat gedrag afhankelijk is van de voorafgaande gedragsintentie, die wordt gevormd door de attitude, sociale norm en waargenomen gedragscontrole. Het belang van deze componenten varieert wanneer men een gedragsbeïnvloeding wil bewerkstelligen, sommige van deze componenten zijn moeilijker te beïnvloeden dan anderen. Deze componenten samen zijn belangrijke voorspellers van gedrag. Attitude is ook terug te vinden in deze theorie. Een belangrijke factor die in deze paragraaf nog niet besproken is, is motivatie. Deze wordt uitgebreid toegelicht in de volgende paragraaf.

Motivatie

Brinkman (2013) beschrijft motivatie als een uiterst belangrijke factor in elk gedragsveranderingsproces. Aan al het gedrag gaat motivatie vooraf. Hierbij is motivatie niet alleen van

belang om aan een gedragsveranderingsproces te beginnen, maar ook om hierin door te zetten. De sterkste motor hiervoor is volgens hem het succesvolle resultaat van een gedragsveranderingsproces. Omdat motivatie een belangrijke beïnvloedende factor is wat betreft gedrag en gedragsveranderingsprocessen, waar veel onderzoek naar is gedaan, wordt deze nog eens specifiek beschreven in deze paragraaf. Daarbij wordt antwoord gegeven op de vraag “Hoe worden werknemers gemotiveerd om bepaald gedrag te vertonen?”. Eerst wordt een algemene uitleg van het begrip en de werking van motivatie gepresenteerd, waarna de zelfdeterminatietheorie en verwachtingstheorie worden besproken. Uiteindelijk wordt een totaalbeeld te geschept van motivatie-beïnvloedende factoren.

Ondanks dat er motivatie is om nieuw gedrag uit te voeren, kan het zijn dat men nog steeds geneigd is weerstand te bieden tegen verandering (Brinkman, 2013). Verandering verstoort het evenwicht dat mensen ervaren en is daarmee ‘bedreigend’. De kracht van deze weerstand kan verschillen per situatie of moment, en per persoon. Het geven van positieve feedback kan gedrag bekrachtigen en daarmee de verandering bevorderen, waar negatieve feedback juist gedrag afremt. Om een verandering te bewerkstelligen is motivatie dus niet de enige bepalende factor, het is van belang alle aspecten van de verandering te bekijken (zoals beschreven in de vorige paragraaf). Bloemers & Hagedoorn (2010) beschrijven dat het bij motivatie gaat om de vraag naar wat ons in actie doet komen, en hoe dit actieproces verloopt. Ze geven de volgende definitie: “Motivatie is het proces dat de aanzet, richting, intensiteit en de duur van gedrag bepaalt bij het willen bereiken van een bepaald doel”. Binnen dit onderzoek gaat het juist om de vraag wat behandelaren in actie doet komen. Het toepassen van richtlijnen vereist inspanning: een behandelaar moet eerst de richtlijn raadplegen voor hij volgens de richtlijn kan werken. Er is dus motivatie nodig om een inspanning te leveren.



Figuur 2. Factoren die een rol spelen bij motivatie (Bloemers & Hagedoorn, 2010).

Uit dit schema wordt duidelijk dat er eerst een behoefte moet zijn, waarop een motivatie volgt om een bepaald doel te bereiken. Uit deze motivatie komt het gedrag voort. De sterkte van de behoefte, de aantrekkelijkheid van het beoogde doel, de individuele capaciteiten en de invloed van de omgeving spelen hier een bemiddelende rol in. Er moet dus een behoefte zijn om bepaald gedrag (werken met richtlijnen) te vertonen voordat een behandelaar gemotiveerd kan raken om een inspanning te leveren.

Er bestaan veel theorieën over motivatie. Uit deze weergave kunnen we een tweedeling afleiden in motivatietheorieën: Theorieën die zich richten op het inhoudelijke gedeelte van de motivatie en theorieën die zich meer richten op het proces van motivatie. Deze noemen we contenttheorieën en procestheorieën. Contenttheorieën gaan ervan uit dat er een 'natuurlijke evenwichtstoestand' is waarin mensen moeten verkeren. Wanneer dit evenwicht verstoord raakt, dan ontstaat de behoefte om het evenwicht te herstellen. Er volgt dus gedrag om behoeften te vervullen. Deze natuurlijke behoeften vormen in deze theorieën een startpunt om actie te gaan ondernemen. Motivatie kan hier gezien worden als de wil om actie te ondernemen. Procestheorieën richten zich meer op cognitieve- en omgevingsfactoren die motivatie beïnvloeden. Zij gaan in op hoe het proces van motivatie verloopt (Bloemers & Hagedoorn, 2010).

De zelfdeterminatietheorie.

De zelfdeterminatietheorie (ZDT) is een omvattende contenttheorie, die inzicht geeft in optimaal motiverende persoonseigenschappen en organisatieaspecten. Deci en Ryan zijn de grondleggers van deze theorie, die zij schreven aan de hand van hun onderzoek naar menselijke behoeften en motivatie (Deci & Ryan, 2000). Deze theorie kan helpen om werknemers optimaal te laten functioneren op het werk in termen van welzijn, positieve attitudes en gedrag (Van den Broeck, Vansteenkiste, de Witte, Lens & Andriessen, 2009). Binnen deze theorie wordt verondersteld dat mensen van nature pro-actief hun omgeving vormgeven (Deci & Vansteenkiste in Van den Broeck et al., 2009). Daarbij wordt er vanuit gegaan dat deze activiteit is gericht op groei en integratie. Deze aangeboren groeitendens manifesteert zich volgens de ZDT echter pas wanneer mensen zich in een stimulerende omgeving bevinden. Een chaotische of controlerende omgeving zal deze groeitendens blokkeren. Binnen de ZDT wordt uitgegaan van een positieve menselijke aard, waarbij gekeken wordt naar wat mensen doen en waarom ze dat doen (doeloriëntaties en gedragsoriëntaties) (Van den Broeck et al., 2009).



Figuur 3. De zelf-determinatietheorie (aanpassing van Deci & Gagné, 2005).

Centraal in de zelf-determinatietheorie is het onderscheid tussen autonome en gecontroleerde motivatie. Autonomie staat hier voor het handelen uit vrije wil, met het gevoel een keuze te hebben. Intrinsieke motivatie valt onder autonome motivatie. Met intrinsiek wordt hier bedoeld dat de motivatie van binnenuit een persoon komt, en niet door externe omstandigheden gestimuleerd moet worden. Als iemand puur uit interesse handelt, is zijn gedrag volledig vrijwillig. Gedrag is gecontroleerd als degene die het gedrag uitvoert het gevoel heeft dat hij het moet uitvoeren of onder druk staat. Uit experimenten van Deci in 1971 (In Deci & Gagné, 2005) blijkt dat extrinsieke beloningen leiden tot gecontroleerde motivatie. De ZDT onderschrijft dat autonome en gecontroleerde motivatie van elkaar verschillen in hun onderliggende processen en daarbij horende ervaringen. Deze theorie karakteriseert gedrag in termen van autonoom versus gecontroleerd. Deze twee soorten motivatie zijn intentioneel, en staan tegenover amotivatie. Amotivatie staat voor het gebrek aan intentie om te handelen. Intrinsieke motivatie is per definitie autonoom. De ZDT stelt dat extrinsieke motivatie varieert in de mate waarin deze autonoom versus gecontroleerd is. Activiteiten die voor een persoon niet interessant zijn vereisen extrinsieke motivatie. Hierbij hangt het handelen van een persoon af van de link die deze persoon legt tussen het gedrag en het gewenste gevolg, zoals goedkeuring of een tastbare beloning. Dit soort motivatie valt onder gecontroleerde motivatie. Andere vormen van extrinsieke motivatie ontstaan wanneer een gedragpatroon en bijbehorende waarden worden geïnternaliseerd. Het begrip internalisatie werd besproken in de vorige paragraaf, en houdt hierin dat mensen zich bepaalde waarden, houdingen of gedrag eigen maken. Er is dan geen externe stimulans meer nodig. Gagné en Deci (2005) benoemen dat andere theorieën vaak een dichotome indeling van internalisatie hanteren: gedrag is extern of geïnternaliseerd. De ZDT plaatst dit echter in een continuüm om de mate waarin iets geïnternaliseerd is aan te geven. Hoe meer iets is geïnternaliseerd, hoe meer autonoom het extrinsiek gemotiveerde gedrag is. De ZDT stelt dat internalisatie bestaat uit drie processen: introjectie, identificatie en integratie (Deci & Gagné, 2005). Het punt waarop een persoon zich bevindt in dit proces, zegt iets over de soort motivatie vanuit waar hij werkt. Bij intrinsieke motivatie komt de motivatie al van binnen een persoon, en is er dus geen sprake van internalisatie. Wanneer een persoon een regulatie tot zich neemt, maar niet accepteert als van zichzelf zijnde, is er sprake van introjectie. Een voorbeeld is voorwaardelijke zelfwaardering ('ik vind mezelf pas een goed persoon als ik dit werk heb gedaan'). Dit is een vrij gecontroleerde vorm van extrinsieke motivatie, omdat het hier nog gaat om een directe beloning. De beloning is hier dan de waardering die iemand zichzelf geeft. Als mensen zich identificeren met de waarde van een gedrag kan er pas sprake zijn van autonome extrinsieke motivatie. Bij identificatie ervaren mensen meer vrijheid en vrije wil omdat het gedrag meer passend is bij hun persoonlijke doelen en identiteit. Het gedrag lijkt een interne oorsprong te hebben omdat het aspecten van de persoon zelf weerspiegelt. De meest volledige internalisatie vereist identificatie met andere aspecten van het zelf zoals interesses en waarden. Wanneer dit het geval is spreken we van integratie, de extrinsieke motivatie is hierbij volledig autonoom en vrijwillig. Mensen zien het gedrag binnen dit proces als een deel van zichzelf. Ondanks dat geïntegreerde

motivatie autonoom is, valt het niet onder intrinsieke motivatie. De motivatie komt namelijk niet voort uit interesse, maar uit instrumenteel belang (Deci & Gagné, 2005). Dat belang is hier om zich in lijn met de eigen interesses en waarden te gedragen. Uit deze theorie kunnen we dus opmaken dat het continuüm van motivatie loopt van intrinsieke motivatie tot extern gereguleerde motivatie. Introjectie, identificatie en integratie zijn tussenvormen hierin. Het is binnen dit onderzoek interessant om te kijken welke vorm(en) van motivatie horen bij het wel of niet toepassen van richtlijnen. Dit zal zorgen voor meer begrip betreffende de oorsprong van de motivatie om richtlijnen toe te passen. Hier kan op worden ingespeeld in het uiteindelijke advies.

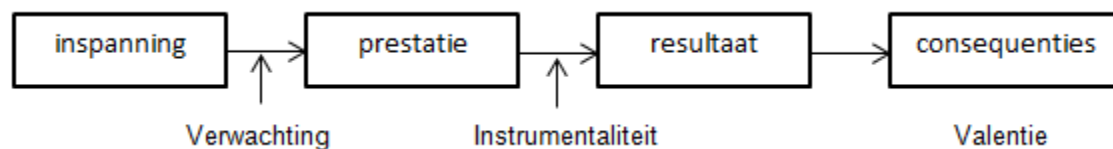
Het onderliggende mechanisme voor motivatie binnen de ZDT bestaat uit drie psychologische basisbehoeften: de behoefte aan autonomie, competentie en relationele verbondenheid (Deci & Ryan, 2000). De bevrediging van deze behoeften biedt voedingsstoffen voor intrinsieke motivatie en internalisatie. Wanneer men dit mechanisme begrijpt is het mogelijk om in te spelen op de onderliggende processen voor motivatie bij werknemers, en deze motivatie volledig te begrijpen (van den Broeck et al., 2009). De behoefte aan autonomie betekent dat iemand vrij wil zijn in het handelen zonder onder druk te staan (Deci in Deci & Gagné, 2005). Werknemers willen kunnen functioneren zonder druk van bovenaf. De behoefte aan competentie betekent dat iemand doeltreffend wil kunnen omgaan met de omgeving. Werknemers willen zich graag bekwaam voelen (Deci & Ryan, 2000). De behoefte aan relationele verbondenheid betekent dat iemand de wens heeft om positieve relaties op te bouwen. Bij een werknemer zou dit kunnen betekenen dat hij in een hecht team wil werken (Deci & Ryan, 2000; van den Broeck et al., 2009). Deci & Gagné (2005) stellen dat voldoening van deze behoeften zal leiden tot de eerder besproken internalisatie van gedrag. Dat houdt in dat gedrag meer autonoom wordt voor de werknemer, en er minder externe stimulans nodig zal zijn. De mate waarin voldaan is aan de behoefte aan autonomie maakt het onderscheid tussen of er identificatie of integratie, in plaats van enkel introjectie zal ontstaan.

Er zijn meerdere onderzoeken gedaan naar de ZDT als benadering voor werkmotivatie. Uit een onderzoek van Deci et al. (in Deci & Gagné, 2005) naar bestuurlijke autonomieondersteuning bleek bijvoorbeeld dat werktevredenheid en attitudes over het werk verbeteren als managers de autonomie van hun werknemers ondersteunden. Deci & Gagné (2005) noemen meerdere onderzoeken waaruit blijkt dat het ondersteunen van werknemers in hun behoefte aan autonomie leidt tot betere kwaliteit werkprestaties (Fourth, Blais & Brière, 1992; Breugh, 1985). Onderzoeken zoals deze bewijzen dat werkgevers, door rekening te houden met de behoeften van hun werknemers, positief werkgedrag kunnen stimuleren. Het toepassen van richtlijnen is binnen dit onderzoek het beoogde werkgedrag. Wellicht kan dit ook positief worden beïnvloed door rekening te houden met de behoeften van behandelaren.

Verwachtingstheorie.

Andere belangrijke theorie op het gebied van motivatie komt van Vroom (1967). Hij presenteert in zijn boek 'work and motivation' een procestheorie die we tegenwoordig ook wel kennen als

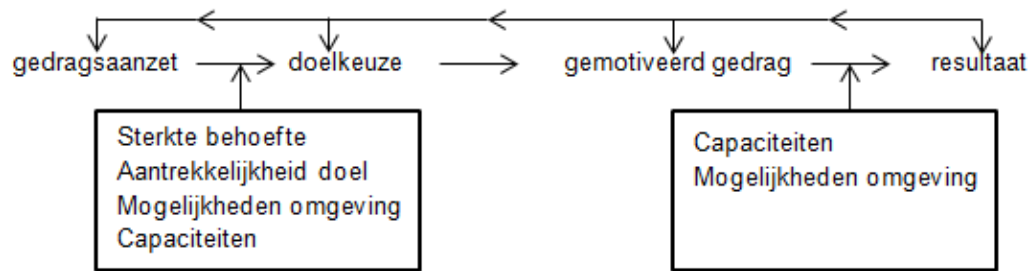
‘verwachtingstheorie’. Centraal in deze theorie is dat mensen gemotiveerd zijn zich op een bepaalde manier te gedragen als ze verwachten daarmee iets te bereiken wat voor hen waardevol is. Het model dat Vroom presenteert is gebaseerd op de variabelen valentie, instrumentaliteit en verwachting (in zijn Engelse boek *valence, instrumentality en expectancy*). Valentie staat voor de verwachte waarde die een uitkomst heeft voor iemand, ook wel de affectieve oriëntatie die iemand heeft naar een bepaalde gedragsuitkomst. Een uitkomst heeft valentie wanneer iemand deze liever wel dan niet bereikt. Valentie is niet hetzelfde als waarde, omdat de uiteindelijke waarde van een uitkomst vaak niet gelijk staat met de verwachte waarde. Wanneer een individu moet kiezen tussen verschillende alternatieven die onzekere uitkomsten hebben, zal deze keuze niet alleen worden beïnvloed door preferenties maar ook door de mate waarin hij gelooft dat deze uitkomsten waarschijnlijk zijn. Hier gaat het dus om een verwachting. De valentie en verwachting vormen samen de motivatiekracht. Instrumentaliteit staat voor de verwachting dat een bepaalde prestatie zal leiden tot een bepaald resultaat.



Figuur 4. De verwachtingstheorie (Bloemers & Hagedoorn, 2010).

Bovenstaand model biedt een weergave van de verwachtingstheorie, maar het oorspronkelijke model van Vroom (1967) is mathematisch. Om interpretatie van deze theorie te vergemakkelijken is er gekozen voor dit model. Vroom gaat er binnen dit model vanuit dat mensen rationele en strategische afwegingen maken over het gedrag dat zij gaan vertonen. In werkelijkheid speelt emotie natuurlijk ook een rol en worden niet alle beslissingen op deze manier genomen (Bloemers & Hagedoorn, 2010). Uit dit model is op te maken dat mensen gedrag vertonen waarvan zij denken dat het voor hen positieve uitkomsten heeft. De motivatie van een individu is dus te beschouwen als afhankelijk van de vermeende consequenties. Om behandelaren te motiveren om richtlijnen toe te passen, is het dus ook nodig om hier positieve consequenties aan de koppelen.

Om een compleet beeld te schetsen van de bestaande theorie over motivatie, is het nodig deze te bekijken vanuit zowel content- als procestheorieën. Het onderstaande model biedt een complete weergave waarin beide soorten theorieën zijn opgenomen. De behoefte en aantrekkelijkheid van het doel in dit model passen bij de contenttheorieën, waar de cognitieve- en omgevingsfactoren passen bij de procestheorieën.



Figuur 5. Compleet overzicht factoren motivatie (Bloemers & Hagedoorn, 2010).

Hierin kan onderscheid gemaakt worden tussen biologische, cognitieve en situatie factoren. De biologische factor in dit model is de sterkte van de behoefte. Cognitieve factoren zijn de capaciteiten en de aantrekkelijkheid van het doel. Situatie factoren zijn de mogelijkheden in de omgeving en ook de capaciteiten, omdat de capaciteiten ook afhankelijk kunnen zijn van de situatie. Uit dit overzicht wordt duidelijk dat er meerdere manieren zijn om motivatie te bekijken en beïnvloeden. Hierin wordt duidelijk hoe gemotiveerd gedrag ontstaat en dat de resultaten van het gedrag weer feedback vormen voor de nieuwe gedragsaanzet. Wellicht is het bij richtlijngebruik ook zo dat de gedragsaanzet steeds versterkt wordt wanneer er resultaten worden geboekt. In dat geval is het zichtbaar maken van positieve resultaten een opgave waarmee richtlijngebruik gestimuleerd kan worden. Dit is interessant om mee te nemen in het advies.

In deze paragraaf werd geïllustreerd hoe motivatie tot stand komt. Motivatie komt voort uit de behoefte om een bepaald doel te bereiken en is een belangrijke factor in gedragsveranderingsprocessen op de werkvloer. Het gaat om de vraag wat ons in actie doet komen. Er zijn twee manieren om motivatie te bekijken; op grond van de inhoud, en op grond van het proces. De zelfdeterminatietheorie gaat ervan uit dat de mens van nature gemotiveerd is. Deze motivatie komt echter pas tot uiting als er is voldaan aan de basisbehoeften aan autonomie, verbondenheid en competentie. De verwachtingstheorie stelt dat mensen een afweging maken tussen de vermeende waarde (valentie) en waarschijnlijkheid van bepaalde consequenties, en op basis daarvan gemotiveerd raken om bepaald gedrag te vertonen. Bij het ontstaan van motivatie spelen biologische, cognitieve en situatiefactoren een rol. Deze theorieën zijn niet sluitend, maar kunnen samen worden bekeken om beter begrip te verkrijgen van motivatie. Het is binnen dit onderzoek van belang om een goed begrip te krijgen van de factoren die motivatie beïnvloeden, omdat het uiteindelijke advies het motiveren van behandelaren om richtlijnen toe te passen betreft.

Gedragsveranderingsprocessen

Wanneer behandelaren overgaan tot het toepassen van de multidisciplinaire GGZ-richtlijnen in de dagelijkse praktijk heeft er een verandering in het gedrag plaatsgevonden. In de vorige paragraaf maakten we al duidelijk hoe (werk)gedrag en motivatie tot stand komt. Het is binnen dit onderzoek ook van belang om te kijken naar hoe een gedragsveranderingsproces verloopt. Pas wanneer men hierin inzicht heeft, kan men een dergelijk proces beoordelen of bevorderen. De deelvraag die in deze

paragraaf beantwoord zal worden is “hoe verlopen gedragsveranderingsprocessen?”.

Eerst worden de fasen van gedragsverandering besproken, vervolgens wordt ingegaan op de veldtheorie, innovatieattributen en als laatste de categorieën ‘adopters’ van innovaties.

Een gedragsverandering is in te delen in fasen. Brinkman (2013) presenteert eerst een algemene vijfdeling bestaande uit bewustwording, belangstelling krijgen, overwegen, proefnemen en toepassen. In de fase van bewustwording ontstaat het begin van motivatie om nieuw gedrag te vertonen. Iemand moet zich eerst bewust worden van een probleem of nieuw idee. In de belangstellingsfase kan een persoon zich vervolgens gaan oriënteren op een onderwerp door meer informatie in te winnen. Vervolgens gaat men de voor- en nadelen van het nieuwe gedrag tegen elkaar afwegen, dit valt onder overwegen. Daarop volgt het proefnemen, op dit punt gaat iemand een oplossing of nieuw idee uitproberen en testen hoe andere mensen hierop reageren. In de laatste fase vindt de acceptatie plaats. De persoon gaat het bedachte ook werkelijk uitvoeren. Na het doorlopen van deze fasen heeft een gedragsverandering plaatsgevonden. Vervolgens is er nog sprake van (wel of geen) gedragsbehoud. Of gedrag behouden blijft is sterk afhankelijk van het ervaren gunstige effect van het gedrag. Deze fasen zijn ook in te korten tot een driedeling: motivatie, oriëntatie en acceptatie. Hierbij wordt met acceptatie bedoeld dat iets door de persoon wordt aangenomen/opgenomen, niet dat iets geaccepteerd wordt omdat het moet (Brinkman, 2013).

Gedrag is pas structureel veranderd als het is geïnternaliseerd. Internalisatie wil zeggen dat het gedrag geïntegreerd is in het denken, voelen en doen van een persoon. Dit begrip werd ook besproken in de vorige paragraaf. Wanneer gedrag helemaal geïnternaliseerd is zal het niet snel meer verdwijnen door de afwezigheid van externe beloningen zoals de goedkeuring van anderen. Internalisatie is dus iets persoonlijks, het gebeurt binnen een individu. Internalisatie kan pas plaatsvinden als het gedrag geaccepteerd is. Een persoon heeft op dit punt zelf nagedacht over het gedrag (Brinkman, 2013). Deze fasen bieden houvast om te kunnen beoordelen op welk punt een werknemer is in het beoogde gedragsveranderingsproces. Afhankelijk van deze fase kan de werkgever op verschillende zaken inspelen. Wanneer een behandelaar bijvoorbeeld overweegt om wel of geen gebruik te maken van een richtlijn, kan het doorslaggevend zijn om een goed argument aan te halen vóór het toepassen van richtlijnen. In de fase van belangstelling kan het helpen om iemand informatie te bieden, en in de fase van proefnemen kan het juist weer helpen om iemand de mogelijkheid te bieden om te oefenen met het toepassen van richtlijnen.

Veldtheorie.

Een andere manier om verandering te bekijken is aan de hand van de veldtheorie. Dit is een vrij eenvoudige theorie, waarvoor Lewin de grondslag legde (Lewin, 1942 in Brinkman, 2013). Hij onderscheidde twee soorten krachten: krachten die gericht zijn op verandering en krachten die de oude situatie in stand houden. Deze worden ‘veranderingskrachten’ en ‘weerstandskrachten’ genoemd. Als er

iets wijzigt in het evenwicht tussen deze soorten krachten kan verandering optreden. Daarna ontstaat een nieuw evenwicht. Het toevoegen van een nieuwe veranderingskracht kan een verandering vergemakkelijken of een bestaande verandering versterken. Het afnemen van weerstandskracht heeft hetzelfde effect. Over het algemeen heeft het afnemen van weerstandskracht meer effect dan een toename van veranderingskracht, omdat een afname van weerstandskracht de totale spanning doet afnemen. Een toename van veranderingskracht zorgt juist voor meer spanning. Deze krachten vormen samen de motivatie tot gedragsverandering in het psychologisch veld. Wanneer je de nadruk legt op voordelen van een verandering kan je iemand motiveren, je voegt dan nieuwe veranderingskrachten toe. Wanneer je nadelen helpt verminderen nemen weerstandskrachten af, waardoor het ook mogelijk wordt iemand te motiveren. Hierbij heeft het dus het meeste effect om te focussen op het wegnemen van nadelen omdat dit zorgt voor minder spanning. In het kader van het toepassen van richtlijnen heeft het dus nut om uit te zoeken welke nadelen behandelaars ervaren, zodat deze mogelijk kunnen worden weggenomen. Dit kan meegenomen worden in het uiteindelijke advies.

Het is van belang om een verandering aan te laten sluiten bij de wensen van de werknemers, zoals blijkt uit de vorige alinea's. Het is dan ook zeer passend om uit te zoeken wat nu precies zorgt voor acceptatie van een innovatie, zoals de multidisciplinaire GGZ-richtlijnen. Rogers (2003) beschrijft in zijn boek een paar nuttige innovatieattributen. Deze richten zich op de introductie en acceptatie van een praktische vernieuwing. Het boeiende aan deze theorie is dat hij wat zegt over de eigenschappen van geslaagde innovaties (innovaties die succesvol geïntroduceerd en geaccepteerd worden). Er zijn een aantal kenmerken van innovaties die de slagingskans positief beïnvloeden; allereerst moet een innovatie relatief voordeel kunnen bieden aan zijn doelgroep. Dit houdt in dat de vernieuwing ook verbetering moet opleveren. Dit kan een verbetering zijn in financiële termen, maar ook een verbetering van effect of een verhoging van status. Wanneer een innovatie verenigbaar is met wat er al is, de huidige situatie, wordt deze ook gemakkelijker geaccepteerd. Dit wordt ook wel compatibiliteit genoemd. Hiermee wordt bedoeld dat de innovatie past in de bestaande normen, waarden, eerdere ervaringen en behoeften van de doelgroep. Ook wordt een innovatie eerder aanvaard als deze een zo laag mogelijke complexiteit bevat. Een innovatie is makkelijker door te voeren wanneer deze eenvoudig is om toe te passen. Een andere beïnvloedende factor is de testbaarheid van een innovatie. Wanneer je iets vrijblijvend kunt uitproberen is het mogelijk vertrouwd te raken met de innovatie. Omdat de innovatie daardoor minder risicovol lijkt gaan mensen er sneller toe over. Als laatste speelt de waarneembaarheid van het effect van de innovatie een rol. Als de effecten van een innovatie door andere mensen waarneembaar zijn, heeft de innovatie een grotere kans van slagen (Rogers, 2003).

Brinkman (2013) geeft op basis van deze kenmerken advies over het begeleiden van mensen bij het aanvaarden van een nieuwe handelswijze. Wanneer je dit gaat doen is het dus verstandig aandacht te besteden aan de verbeteringen die het nieuwe gedrag oplevert, of aan problemen die erdoor kunnen worden opgelost. Ook moet er aandacht worden besteed aan wat er al wel bekend is voor de persoon die

het nieuwe gedrag moet uitvoeren. Je kunt bijvoorbeeld inspelen op eerdere ervaringen die aansluiten bij het nieuwe gedrag. Daarnaast is het voordelig om het nieuwe gedrag zo gemakkelijk mogelijk te maken. Dit begint bij een goede uitleg in kleine, overzichtelijke stappen. Het laten uitproberen van het nieuwe gedrag is ook een verstandige zet. Hierdoor kan de persoon oefenen met het nieuwe gedrag en kan het worden nabesproken, waarbij je knelpunten naar voren kunt brengen. Als laatste is het goed om de innovatie zo zichtbaar mogelijk te maken. Dit kan door het nieuwe gedrag te demonstreren, of de persoon in contact te brengen met andere mensen die de innovatie al in praktijk hebben gebracht.

Zojuist zijn kenmerken van succesvolle innovaties beschreven. Nu blijkt het zo te zijn dan innovaties door sommige groepen mensen gemakkelijker geaccepteerd worden dan door anderen, en dat deze groepen elkaar ook beïnvloeden. Rogers (2003) deed hier onderzoek naar. Hij onderzocht de innovativiteit van mensen en kwam tot categorieën van 'adopters'. Hierbij wordt verwezen naar de tijd die moet passeren totdat individuen een innovatie 'adopter' (overnemen). Dit is nuttig om te weten omdat er een diffusie effect optreedt: de invloed om een innovatie te accepteren stijgt cumulatief naarmate de innovatie meer geactiveerd is binnen het sociale netwerk van het individu. Rogers onderscheidt vijf categorieën adopters, waarbij hij de kanttekening plaatst dat innovativiteit eigenlijk een continuüm is onder personen vanuit waar hij ideale types heeft gekozen. Deze vijf categorieën noemt hij innovators, early adopters, early majority, late majority en laggards.



Figuur 6. Categorisatie van adopters op basis van innovativiteit (Rogers, 2003).

Deze afbeelding presenteert het verloop van adoptie van innovaties. Innovators zijn mensen die ondernemend zijn en actief zoeken naar innovaties. Hierbij laten zij zich weinig beïnvloeden door hun sociale omgeving. Innovators zijn de mensen die innovaties als eerste aannemen en uitproberen. De volgende categorie zijn de early adopters, zij nemen als volgende een nieuwe innovatie aan. Zij hebben de positie om leiding te nemen op het gebied van opinies binnen een groep mensen. Omdat zij niet te ver van de gewone mens afstaan in hun innovativiteit kunnen zij als rolmodel dienen. De derde categorie is de early majority. Zij nemen nieuwe ideeën iets sneller aan dan gemiddeld. Zij hebben geen leiderschapsrol, maar zijn wel een link in de onderlinge verbondenheid tussen de andere categorieën. Daarop volgt de late majority, dit zijn skeptische mensen die innovaties iets later aannemen van gemiddeld. De heersende normen in de sociale omgeving beïnvloeden deze groep mensen sterk. Zij hebben groepsdruk nodig om een innovatie aan te nemen. De laatste categorie zijn laggards. Dit zijn

vaak traditionele mensen met een klein sociaal netwerk. Zij baseren hun keuzes op wat eerdere generaties hebben gedaan, en lopen zo vaak een innovatie achter. Ze zijn erg voorzichtig in het aannemen van nieuwe innovaties. Omdat uit onderzoek van Sinnema, Franx & van 't Land (2009) blijkt dat de sociale omgeving de implementatie van richtlijnen beïnvloedt en minder dan de helft van de respondenten uit dat onderzoek denkt dat collega's van mening zijn dat er volgens richtlijnen gewerkt moet worden, is het interessant om dit nader te bekijken. Mogelijkerwijs is het zo dat de innovatie nog niet is doorgedrongen tot de meerderheid van de behandelaren. Aan de hand van de theorie van Rogers (2003) over adopters zou het verstandig zijn om early adopters onder deze behandelaren op te zoeken en te betrekken in het beïnvloeden en motiveren van de overige groepen behandelaren.

In deze paragraaf werd verduidelijkt hoe men tot een gedragsverandering komt op de werkvloer. Deze gedragsverandering verloopt in fasen. Inzicht in deze fasen kan duidelijk maken in hoeverre er sprake zal zijn van (blijvende) gedragsverandering. De veldtheorie stelt dat gedragsverandering plaatsvindt wanneer er veranderingskrachten worden toegevoegd of weerstandskrachten worden weggenomen. Theorie over innovatieattributen voegt hieraan toe dat relatief voordeel, compatibiliteit, eenvoud, testbaarheid en waarneembaarheid van innovaties een daarop volgende gedragsverandering zullen bevorderen. Er is een verschil tussen individuele personen in hoeverre zij open staan voor innovaties. De groepen mensen die sneller innovaties overnemen fungeren als rolmodel voor de overige groepen mensen. Innovaties kunnen dus beter verspreid worden door de juiste mensen ermee bekend te maken. Sociale druk zal vervolgens leiden tot een gedragsverandering binnen het netwerk van deze personen. Het is in het kader van richtlijntoepassing wellicht interessant om deze processen binnen de instelling in kaart te brengen. Op deze informatie zou door de opdrachtgever kunnen worden ingespeeld.

Discussie

Conclusie.

De hoofdvraag van dit onderzoek is 'welke factoren zijn onderliggend voor het (niet-) opvolgen van richtlijnen door behandelaren?'. Het gaat daarbij om gedrag op de werkvloer. In de eerste paragraaf van dit onderzoek werd geïllustreerd welke factoren invloed uitoefenen op werkgedrag. De theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1991) brengt een aantal belangrijke componenten van gedrag aan het licht. Allereerst wordt uitgelegd dat gedrag wordt voorafgegaan door een gedragsintentie, welke weer wordt gevormd door iemands attitude, de subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole. Uit andere literatuur blijkt ook dat mensen hun attitudes en gedrag op elkaar afstemmen. Attitude staat voor de houding die iemand heeft t.o.v. een bepaalde gebeurtenis of gedraging. Een attitude bezit eigenschappen die invloed uitoefenen op de mate waarin deze attitude ook echt zal leiden tot gedrag. De subjectieve norm verwijst naar de sociale druk die een persoon ervaart om gedrag wel of niet uit te voeren. De mening van bijvoorbeeld collega's kan veel invloed uitoefenen op het gedrag van werknemers. De waargenomen gedragscontrole staat voor het gemak of de moeite die iemand verwacht te hebben met het uitvoeren van bepaald gedrag. Wanneer iemand denkt dat hij bepaald gedrag goed kan uitvoeren, zal hij ook eerder geneigd zijn dit te doen dan wanneer het erg moeilijk lijkt. De waargenomen gedragscontrole heeft, naast het effect op de gedragsintentie, ook een direct effect op het gedrag. In de tweede paragraaf werd toegelicht hoe werknemers gemotiveerd kunnen worden. De zelfdeterminatietheorie van Deci & Gagné (2005) stelt dat mensen het best gemotiveerd worden als er is voldaan aan hun basisbehoeften aan autonomie, competentie en relationele verbondenheid. Autonomie staat voor het vrij willen handelen zonder onder druk te staan. Competentie staat voor het zich bekwaam willen voelen. Verbondenheid staat voor de wens om positieve relaties met andere mensen op te bouwen. Ook maakt de zelfdeterminatietheorie nog onderscheid tussen verschillende soorten motivatie: intrinsiek of extrinsiek. Er zijn in die indeling weer verschillende vormen van extrinsieke motivatie, afhankelijk van de mate waarin gedrag geïnternaliseerd is. Deze worden geplaatst in een continuüm waarbij (van minst naar meest geïnternaliseerd) de volgorde externe regulatie, introjectie, identificatie en integratie is. Internalisatie staat voor het zich eigen maken van gedrag. Wanneer er aan de eerder genoemde basisbehoeften is voldaan, draagt dit bij aan de internalisatie van gedrag. Er is dan minder externe stimulans nodig om een persoon te motiveren tot bepaald gedrag. Het is herhaaldelijk bewezen dat het rekening houden met de behoeften van werknemers vanuit deze theorie leidt tot betere werkkomsten, dit zijn dus belangrijke factoren binnen dit onderzoek. De verwachtingstheorie van Vroom (1967) stelt dat de valentie en verwachting bepalend zijn voor de motivatiekracht van een individu. Valentie is de verwachte waarde die een gedragsuitkomst heeft voor een persoon, verwachting is hoe waarschijnlijk iemand die uitkomst acht. Wanneer men verschillende motivatietheorieën integreert kan er een indeling gemaakt worden van biologische, cognitieve en situatiefactoren die motivatie beïnvloeden. In de laatste paragraaf werd beschreven hoe gedragsveranderingsprocessen verlopen. Rogers (2003) beschrijft in zijn

innovatieattributen dat de waarneembaarheid van nieuw gedrag leidt tot een waarschijnlijke gedragsverandering. Hierbij gaat het om de waarneming vanuit de sociale omgeving, welke gestimuleerd zou kunnen worden. De theorie van Rogers over categorieën 'adopters' benadrukt de sociale druk in het overnemen van innovatiegedrag zeer sterk. Hij stelt dat innovatiegedrag wordt verspreid onder groepen mensen door middel van voorbeeldgedrag en sociale druk. Samenvattend zijn attitude, subjectieve norm (ook wel sociale druk), waargenomen gedragscontrole, gedragsintentie en motivatie belangrijke factoren bij de totstandkoming van nieuw gedrag op de werkvloer. Het in kaart brengen van deze factoren bij de behandelaren op een GGZ-instelling kan helpen bij de beeldvorming over de achtergronden van het richtlijngebruik.

Discussie.

Er is bijzonder veel literatuur beschikbaar over menselijk gedrag. Niet al deze literatuur is geïntegreerd in dit literatuuronderzoek omdat dit veel te omvangrijk zou worden. Doordat een selectie is gemaakt in de beschikbare literatuur is alle gepresenteerde informatie dus niet sluitend en zijn niet alle aspecten bekeken aan de hand van alle mogelijke zienswijzen. Een andere kanttekening is dat er vaak gebruik is gemaakt van oudere literatuur. Het is niet altijd duidelijk in hoeverre recente ontwikkelingen in de wetenschap hierbij aansluiten. Een andere beperking is dat de literatuur vaak niet was toegespitst op opvolgen van richtlijnen binnen de geestelijke gezondheidszorg. De theorie uit dit onderzoek kan wel gebruikt worden om een blik te werpen op gedrag op de werkvloer, maar of dezelfde principes opgaan in deze specifieke situatie is nog niet bekend. Als laatste is er veel literatuur gezocht met de 'sneeuwbalmethode', er werd gekeken in bronnen van andere literatuur. Op deze manier is mogelijk niet alle beschikbare literatuur optimaal bekeken.

Een inhoudelijke kanttekening is dat de theorie van gepland gedrag oorspronkelijk afkomstig is uit het werkveld van de gezondheidszorg. Deze is dus niet specifiek ontworpen om organisatiegedrag te bekijken, maar is wel daarvoor gebruikt binnen dit onderzoek. Mogelijk sluit dit dus niet helemaal aan op de situatie van het richtlijngebruik. Er bestaan echter wel vragenlijsten die specifiek aan de hand van deze theorie het richtlijngebruik benaderen. Het veldonderzoek zal uitwijzen in hoeverre deze theorie past bij de situatie binnen dit onderzoek.

In sommige gevallen kunnen beschikbare theorieën elkaar tegenspreken. De zelfdeterminatietheorie is bijvoorbeeld een theorie waarin wordt verondersteld dat de mens van nature gemotiveerd is, terwijl de verwachtingstheorie stelt dat er behoeften en doelen bij betrokken moeten zijn. Interessante theorie op dit punt komt van McGregor (in Bloemers & Hagedoorn, 2010) in de vorm van theorie X en Y. Theorie X houdt in dat werknemers van nature een afkeer hebben van werk, en om die reden gecontroleerd en geleid moeten worden. Theorie Y houdt in dat werknemers zich van nature inspannen en verantwoordelijkheid aankunnen. McGregor zelf gaat ervan uit dat Theorie X onjuist is, maar er zijn zowel theorieën die uitgaan van X als van Y. Qua mensbeeld sluiten theorie Y en de zelfdeterminatietheorie goed op elkaar aan. Of dit aansluit bij de werkelijkheid is te bediscussiëren. Verder zijn de besproken theorieën in dit literatuuronderzoek algemeen, en houden zij vaak weinig rekening met individuele

verschillen. Het zou mogelijk kunnen zijn dat de ene persoon op een andere manier tot gedrag komt of gemotiveerd raakt hiervoor dan een ander. De theorieën werpen een algemene blik op de achterliggende mechanismen, zonder individuele verschillen te onderzoeken of benoemen.

Door alle zoekacties nauwkeurig bij te houden is het onderzoek zeer betrouwbaar. Er is een hoge mate van transparantie en het onderzoek is door een nieuwe onderzoeker te reproduceren. De gepresenteerde theorie uit dit literatuuronderzoek heeft een wetenschappelijke basis en is algemeen geaccepteerd.

Uit dit onderzoek blijkt een samenspel aan factoren te leiden tot een gedragsverandering. De belangrijkste factoren die meespelen zijn motivatie, attitude, sociale invloed, waargenomen gedragscontrole, gedragsintentie en psychologische basisbehoeften. Over deze factoren bestaan weer verschillende theorieën en modellen. De theorie van gepland gedrag werpt een uitgebreide blik op de sociale invloed (in de vorm van subjectieve norm) en attitude van individuen. Deze reikwijdte maakte de theorie interessant om mee te nemen in het veldonderzoek. Deze theorie is wetenschappelijk algemeen geaccepteerd en er bestaan ook specifieke vragenlijsten over, wat hem erg geschikt maakt. De resterende factor is dan motivatie. De meest recente en omvattende theorie daarover binnen dit onderzoek is de zelfdeterminatietheorie. Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat met name de behoefte aan autonomie een grote rol speelt op de werkvloer. Welke rol de basisbehoeften uit deze theorie spelen in verhouding tot (motivatie voor) richtlijngebruik door behandelaren is nog niet duidelijk, en daardoor bijzonder interessant om te onderzoeken. Er is veel literatuur beschikbaar over gedrag en gedragsverandering, maar de relatie tot het toepassen van multidisciplinaire GGZ-richtlijnen is nog niet gelegd. Aan de hand van een kwantitatief onderzoek kan nu worden geëxploreerd in hoeverre deze theorieën ook bruikbaar zijn wanneer het gaat om toepassen van multidisciplinaire richtlijnen binnen een GGZ-instelling. Een kwantitatief onderzoek in de vorm van een vragenlijst is hiervoor de methode bij uitstek, omdat er snel en veel gegevens verzameld kunnen worden over behandelaren en hun richtlijnactiviteiten. Dit draagt ook bij aan een snelle en volledige beeldvorming van de huidige status van de richtlijntoepassing door behandelaren bij het GGZ WNB. Door veel behandelaren te bevragen kan een volledig beeld worden geschept over de werking van gedragsbeïnvloedende factoren in verhouding tot dit specifieke gedrag (het toepassen van richtlijnen). Er wordt beoogt aan de hand van deze gegevens de opdrachtgever gericht te adviseren betreffende het stimuleren van richtlijngebruik onder behandelaren. Een suggestie voor vervolgonderzoek is om dit ook kwalitatief uit te voeren, om een goed beeld te krijgen van wat behandelaren denken over de richtlijnen of wat voor suggesties zij hebben voor verbetering. Omdat het nu nodig is om snel en volledig een beeld te schetsen betreffende de mate waarin de richtlijnen worden toegepast, is kwalitatief onderzoek hier ongeschikt. Het aantal mensen dat dan bevroegd zou kunnen worden is ook te laag om realistische uitspraken te kunnen doen over de invloed van de eerder genoemde belangrijke factoren. Omdat het nu noodzakelijk is om een breed beeld te vormen over de situatie van het richtlijngebruik ligt een kwantitatief onderzoek meer voor de hand. Er kan

dan bekeken worden welk percentage behandelaren de richtlijnen kent en in hoeverre behandelaren de richtlijnen gebruiken. Deze gegevens kunnen dan worden vergeleken met het landelijke onderzoek van Sinnama, Franx & van 't Land (2009), wat de aanleiding vormde voor dit onderzoek. Een andere interessante suggestie voor een vervolg op dit literatuuronderzoek is het zoeken naar praktische interventies om een gedragsverandering te stimuleren, op basis van de gevonden factoren binnen dit onderzoek.

De adviesvraag vanuit de opdrachtgever was 'Hoe kan het toepassen van richtlijnen door behandelaren worden verbeterd?'. Uit die vraag is af te leiden dat een gedragsverandering gewenst is. Wanneer men een gedragsverandering bij werknemers wil bewerkstelligen is het van belang de gedragsintentie, attitude, sociale invloed, waargenomen gedragscontrole en motivatie positief te beïnvloeden. Hierbij moet men zich ook richten op de hieraan onderliggende menselijke basisbehoeften, veranderingskrachten en waarden en doelen van mensen. Het onderliggende mechanisme van gedrag is niet simpel te beschrijven, en er zijn veel zaken die gedrag kunnen beïnvloeden. Het is aan te raden het gedrag breed te benaderen en alle aspecten ervan mee te nemen bij het opstellen van een interventie of het stimuleren van een verandering. De houvast die dit onderzoek biedt kan worden gebruikt als raamwerk om gedrag van werknemers te bekijken en beïnvloeden. Het is daarbij wel van belang te kiezen voor de juiste methode, daarover is nog meer informatie nodig. Door het gericht benaderen van werknemergedrag is de kans groter dat een gedragsverandering plaatsvindt en ook behouden blijft. In de situatie waarbij opvolgen van richtlijnen door behandelaren gestimuleerd wordt zou dit een kwalitatief betere zorg opleveren. Dit zou kunnen zorgen voor kortere behandeltrajecten met betere uitkomsten. Voor zowel zorginstellingen als patiënten is dit van groot belang. Mentaal gezonde mensen zijn tenslotte het fundament voor een gezonde maatschappij.

Inleiding

Uit onderzoek van Sinnema, Franx & van 't Land (2009) bleek dat slechts 28% van de bevroagde behandelaren gebruik maakt van de multidisciplinaire ggz-richtlijnen. Het is van belang dat deze richtlijnen door behandelaren in de praktijk worden gebruikt zodat patiënten worden behandeld volgens het beste wetenschappelijk bewijs (evidence-based). Ook bieden deze richtlijnen een leidraad waar behandelaren vanuit verschillende disciplines aan vast kunnen houden om zich zo gezamenlijk te kunnen richten op een bepaalde groep patiënten. Het feit dat de richtlijnen landelijk nog zo weinig worden toegepast is zorgwekkend. Het is dus wenselijk om dit percentage te verhogen, dit is dan ook de wens van de afdeling kwaliteit & innovatie van het GGZ WNB. De adviesvraag vanuit GGZ WNB luidt 'Hoe kan het toepassen van richtlijnen door behandelaren worden verbeterd?'. Het is wenselijk om ook de huidige situatie met betrekking tot het richtlijngebruik door behandelaren in kaart te brengen. Het toepassen van richtlijnen is een gedraging die plaatsvindt op de werkvloer. Om meer inzicht te verkrijgen in gedrag op de werkvloer is er eerst een literatuuronderzoek uitgevoerd waaruit een aantal belangrijke factoren naar voren zijn gekomen. Factoren die bepalend zijn voor gedrag blijken de attitude, subjectieve norm, waargenomen gedragscontrole, gedragsintentie, psychologische basisbehoeften en motivatie van een werknemer. Deze factoren zijn afkomstig uit de theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1991) en de zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 2000). Uit het literatuuronderzoek blijkt dat de theorie van gepland gedrag en de zelfdeterminatietheorie belangrijke theorieën zijn om gedrag op de werkvloer te verklaren. Door de volledigheid, omvangrijkheid en de brede wetenschappelijke acceptatie van deze theorieën is ervoor gekozen om verder op de componenten binnen deze theorieën in te gaan. Veel van de gevonden factoren uit het literatuuronderzoek komen terug in deze theorieën, en er zijn ook goede vragenlijsten beschikbaar die hun basis vinden in deze theorieën. De doelstelling van dit veldonderzoek is het verkrijgen van inzicht in de mate waarin de gedragsbeïnvloedende factoren bepalend zijn voor het richtlijngebruik onder behandelaren werkzaam bij het GGZ WNB. Dit wordt gedaan aan de hand van een explorerend kwantitatief onderzoek. De probleemstelling binnen dit onderzoek is 'Wat motiveert behandelaren die momenteel werkzaam zijn op het GGZ WNB om wel/geen gebruik te maken van multidisciplinaire richtlijnen?', de onderzoeksvraag van dit veldonderzoek is 'In hoeverre zijn de factoren die van invloed zijn op gedrag bepalend voor het (niet) toepassen van richtlijnen onder behandelaren van het GGZ WNB?'. Om die vraag te kunnen beantwoorden zal gewerkt worden met de deelvragen 'Welke determinanten uit de theorie van gepland gedrag zijn voorspellend voor richtlijngebruik?', 'In hoeverre is vervulling van de psychologische basisbehoeften uit de zelfdeterminatietheorie voorspellend voor richtlijngebruik?', 'Welk soort motivatie uit de zelfdeterminatietheorie is voorspellend voor richtlijngebruik?' en 'Hoeveel behandelaren zijn niet bekend met de (inhoud van de) richtlijnen en wat zijn redenen daarvoor?'.
Wanneer duidelijk is welke factoren bepalend zijn voor het wel of niet kennen of toepassen van richtlijnen,

kan men belemmerende factoren wegnemen of bevorderende factoren toevoegen om het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen te stimuleren.

De onderzochte variabelen zijn de factoren die volgens het literatuuronderzoek gedrag beïnvloeden: attitude, subjectieve norm, waargenomen gedragscontrole, gedragsintentie, psychologische basisbehoeften en motivatie. De eerste vier determinanten zijn afkomstig uit de theorie van gepland gedrag. De eerste determinant is de attitude ten opzichte van het gedrag, dat wil zeggen de mate waarin een persoon een gunstige of ongunstige beoordeling heeft over het gedrag in kwestie. De tweede determinant is een sociale factor genaamd subjectieve norm. Dit verwijst naar de ervaren sociale druk om gedrag wel of niet uit te voeren. De derde determinant is waargenomen gedragscontrole. Zoals eerder beschreven verwijst dit naar de verwachte moeite of gemak waarmee het gedrag kan worden uitgevoerd. Deze drie determinanten beïnvloeden de gedragsintentie; de mate waarin iemand van plan is om gedrag uit te voeren (Ajzen, 1991).

De overige determinanten zijn afkomstig uit de zelfdeterminatietheorie. Deze stelt dat mensen drie psychologische basisbehoeften bezitten: de behoefte aan autonomie, verbondenheid en competentie. De behoefte aan autonomie betekent dat iemand vrij wil zijn in het handelen zonder onder druk te staan (Deci in Deci & Gagné, 2005), de behoefte aan competentie betekent dat iemand doeltreffend wil kunnen omgaan met de omgeving en de behoefte aan relationele verbondenheid betekent dat iemand de wens heeft om positieve relaties op te bouwen (Deci & Ryan, 2000). Verder onderscheidt de zelfdeterminatietheorie verschillende soorten motivatie op een continuüm van autonoom versus gecontroleerd. Dit zijn intrinsieke motivatie, integratie, identificatie, introjectie en externe regulatie. Intrinsieke motivatie komt bij een persoon van binnenuit, zonder beloning van buitenaf. De andere soorten motivatie vereisen wel een beloning, maar variëren in de mate waarin deze geïnternaliseerd zijn (eigen zijn gemaakt, passen bij waarden/doelen/interesses ed.). Internalisatie zorgt ervoor dat gedrag meer autonoom wordt. Dit past dus bij de eerder genoemde behoefte aan autonomie. Door dit te onderzoeken kan duidelijk worden gemaakt of de soort motivatie van invloed is op het wel of niet toepassen van richtlijnen. Er bestaan al gevalideerde vragenlijsten over deze theorieën, die we hierbij kunnen inzetten.

Eerst zal de methode van onderzoek worden beschreven, waarna zal worden geëxploreerd wat de voorspellende waarde is van de determinanten attitude, subjectieve norm, waargenomen gedragscontrole en gedragsintentie vanuit de theorie van gepland gedrag. Vervolgens wordt overgegaan op de determinanten uit de zelfdeterminatietheorie. De voorspellende waarde van de psychologische basisbehoeften autonomie, competentie en verbondenheid wordt geëxploreerd. Hetzelfde wordt gedaan voor de motivatiesoorten intrinsiek, identificatie, introjectie en externe regulatie. Hierop volgt een beschrijvende analyse betreffende de kennis van behandelaren over de richtlijnen en redenen waarom zij deze niet gebruiken. Daarna wordt dit veldonderzoek afgesloten met een conclusie en discussie.

Methode

Deelnemers.

De populatie bestaat uit 647 behandelaren werkzaam bij het GGZ WNB, verspreid over alle vestigingen, te weten Roosendaal, Halsteren, Oud-Gastel en Bergen op Zoom. Van deze behandelaren zijn 616 personen succesvol benaderd via e-mail in de dataverzamelingsperiode. Van de overige behandelaren is een (auto-)reply ontvangen waarin afwezigheid of het niet verzenden van de e-mail is aangegeven. Aan dit onderzoek hebben uiteindelijk 212 behandelaren in de leeftijd van 20 tot 63 jaar deelgenomen. De gemiddelde leeftijd onder respondenten is 43,30 jaar. Van de 212 respondenten waren 44 personen mannelijk (20,8%) en 168 personen vrouwelijk (79,2%). De hoeveelheid jaren dat respondenten werkzaam zijn binnen hun huidige functie varieert tussen (minder dan) 1 jaar tot 42 jaar lang, met als gemiddelde 10,89 jaar. Respondenten zijn werkzaam als psychiater (6), psychiater i.o. (in opleiding) (2), AGNIO (1), klinisch psycholoog (7), klinisch psycholoog i.o. (1), gz-psycholoog (9), gz-psycholoog i.o. (3), psychotherapeut (6), psychotherapeut i.o. (3), niet BIG-geregistreerd psycholoog (8), sociaal psychiatrisch verpleegkundige (12), psychiatrisch verpleegkundige (15), verpleegkundig specialist (7), verpleegkundige (41), maatschappelijk werker (10), begeleider niveau 4 (70), begeleider niveau 5 (39) of anders (17).

Onderzoeksopzet en procedure.

Als methode voor gegevensverzameling is er gekozen voor surveyonderzoek aan de hand van een online vragenlijst (kwantitatief onderzoek). Deze vorm van onderzoek leent zich er uitstekend voor om snel en nauwkeurig gegevens te verzamelen over een grote groep deelnemers. Hierbij is er gebruik gemaakt van een aselechte steekproef omdat de gehele populatie (voor zover bereikbaar) is benaderd. Deelnemers werden op hun werk e-mailadres benaderd met de vraag of zij een vragenlijst over behandelrichtlijnen wilden invullen. Hierbij werd een link toegevoegd naar de thesistools vragenlijst, wanneer zij daarop doorklikten volgde eerst een instructie (Bijlage C).

De vragenlijst bestaat uit 64 items. Hiervan zijn 12 vragen gericht op algemene informatie (geslacht, leeftijd etc.), 20 vragen gaan over de theorie van gepland gedrag, 17 vragen gaan over de psychologische basisbehoeften uit de zelfdeterminatietheorie en 12 vragen over de soorten motivatie vanuit de zelfdeterminatietheorie. Als laatste zijn er drie open vragen toegevoegd voor suggesties of opmerkingen wat betreft de vragenlijst of de richtlijnen. Op de algemene vragen na bestaat de enquête uit meerkeuzevragen met 5 antwoordmogelijkheden, respondenten konden hierbij steeds één antwoord aanklikken wat het meeste op hen van toepassing was. Het invullen van de enquête duurde ongeveer 15 minuten. Gegevens van de respondenten werden anoniem verkregen via thesistools, waar een Excel bestand met resultaten werd gecreëerd. Deze werd later omgezet naar SPSS voor data-analyse.

Materiaal / meetinstrumenten.

Er is een vragenlijst samengesteld die zal bestaan uit algemene vragen, vragen betreffende de theorie van gepland gedrag en vragen betreffende de zelfdeterminatietheorie. De algemene vragen zijn verkregen uit de trendrapportage van het Trimbos instituut (2009) en het algemene deel van de vragenlijst naar belemmerende en bevorderende factoren voor gebruik van de richtlijn (Van Dijk, Verbraak, Oosterbaan & van Balkom, 2008), hieruit zijn enkele vragen weggelaten om een redelijke lengte van de vragenlijst te kunnen behouden. In overleg met de opdrachtgever zijn relevante vragen over kenmerken van de populatie behouden (leeftijd, discipline waarin men werkt, doelgroep waarmee men werkt etc.). Ook is de vraag of men bekend is met de richtlijn behouden, waarbij men extra vragen krijgt als hier 'nee' op is geantwoord. Enkele vragen zijn aangepast zodat de vragenlijst beter loopt.

'Attitude' werd op de vragenlijst 'Vragenlijst naar belemmerende en bevorderende factoren voor gebruik van de richtlijn' (Van Dijk, Verbraak, Oosterbaan & van Balkom, 2008) gemeten als mate waarin iemand positief of negatief staat ten opzichte van het gebruik van richtlijnen. De items van deze schaal staan als vraag 13 t/m 17 in de vragenlijst. Deze schaal heeft dus 5 items, zoals 'Ik vind werken volgens de richtlijn verstandig'. Er is gebruikt gemaakt van een 5-punts Likert-schaal, antwoordcategorieën lopen van zeer mee oneens (1) tot zeer mee eens (5). Een hogere score op deze schaal wijst dus op een positievere attitude, alle vragen zijn positief geformuleerd. Interne consistentie van de vragen binnen deze schaal was voldoende: deze 5 vragen bleken een betrouwbare schaal te vormen ($\alpha = 0,838$).

'Subjectieve norm' werd op dezelfde vragenlijst gemeten als de ervaren sociale druk om de richtlijn te gebruiken. De items van deze schaal staan als vraag 18 t/m 22 in de vragenlijst. Deze schaal heeft dus 5 items, zoals 'Mijn patiënten vinden dat zij behandeld zouden moeten worden volgens de richtlijn'. Er is gebruikt gemaakt van een 5-punts Likert-schaal, antwoordcategorieën lopen van zeer mee oneens (1) tot zeer mee eens (5). Een hogere score op deze schaal wijst dus op meer ervaren sociale druk, alle vragen zijn positief geformuleerd. Interne consistentie van de vragen binnen deze schaal was voldoende: deze 5 vragen bleken een betrouwbare schaal te vormen ($\alpha = 0,803$).

'Waargenomen gedragscontrole' werd op dezelfde vragenlijst gemeten als in hoeverre de hulpverlener verwacht zijn werk zo in te kunnen richten, dat hij de richtlijn kan toepassen. De items van deze schaal staan als vraag 23 t/m 27 in de vragenlijst. Deze schaal heeft dus 5 items, zoals 'Ik ben in staat mijn werk zodanig te organiseren dat ik deze richtlijn toe kan passen'. Er is gebruikt gemaakt van een 5-punts Likert-schaal, antwoordcategorieën lopen van zeer mee oneens (1) tot zeer mee eens (5). Een hogere score op deze schaal wijst dus op meer ervaren sociale druk. Vraag 26 en 27 zijn negatief geformuleerd en omgecodeerd, de overige items zijn positief geformuleerd. Interne consistentie van de vragen binnen deze schaal was voldoende: deze 5 vragen bleken een betrouwbare schaal te vormen ($\alpha = 0,719$).

'Gedragsintentie' werd op dezelfde vragenlijst gemeten als de mate waarin iemand van plan is om de richtlijn te gebruiken, deze wordt beïnvloed door de bovenstaande 3 determinanten. De items van deze schaal staan als vraag 28 t/m 32 in de vragenlijst. Deze schaal heeft dus 5 items, zoals 'Ik denk dat ik in

de meeste gevallen gebruik zal gaan (blijven) maken van de richtlijn'. Er is gebruikt gemaakt van een 5-punts Likert-schaal, antwoordcategorieën lopen van zeer mee oneens (1) tot zeer mee eens (5). Een hogere score op deze schaal wijst dus op meer ervaren sociale druk. Alle items zijn positief geformuleerd. Interne consistentie van de vragen binnen deze schaal was voldoende: deze 5 vragen bleken een betrouwbare schaal te vormen ($\alpha = 0,949$).

'Autonomie' werd gemeten op de 'Work-related Basic Need Satisfaction scale' (van den Broeck, Vansteenkiste, de Witte, Soenens & Lens, 2010) als het ervaren gevoel van vrijwilligheid en psychologische vrijheid. De items van deze schaal staan als vraag 33 t/m 38 in de vragenlijst. Deze schaal heeft dus 6 items, zoals 'Mijn taken op het werk stemmen overeen met wat ik echt wil doen'. Er is gebruikt gemaakt van een 5-punts Likert-schaal, antwoordcategorieën lopen van zeer mee oneens (1) tot zeer mee eens (5). Een hogere score op deze schaal wijst op meer voldoening van de behoefte aan autonomie. Vraag 34, 35 en 38 zijn negatief geformuleerd en omgecodeerd, de overige items zijn positief geformuleerd. Interne consistentie van de vragen binnen deze schaal was voldoende: deze 6 vragen bleken een betrouwbare schaal te vormen ($\alpha = 0,800$).

'Competentie' werd gemeten op dezelfde vragenlijst als het ervaren gevoel van effectiviteit. De items van deze schaal staan als vraag 39 t/m 43 in de vragenlijst. Deze schaal heeft dus 5 items, zoals 'Ik heb de taken op mijn werk goed onder de knie'. Er is gebruikt gemaakt van een 5-punts Likert-schaal, antwoordcategorieën lopen van zeer mee oneens (1) tot zeer mee eens (5). Een hogere score op deze schaal wijst op meer voldoening van de behoefte aan competentie. Vraag 39 en 41 zijn negatief geformuleerd en omgecodeerd, de overige items zijn positief geformuleerd. Interne consistentie van de vragen binnen deze schaal was net niet helemaal voldoende: deze 5 vragen bleken een matig betrouwbare schaal te vormen ($\alpha = 0,687$).

'Verbondenheid' werd gemeten op dezelfde vragenlijst als het zich geliefd en verwant voelen. De items van deze schaal staan als vraag 44 t/m 49 in de vragenlijst. Deze schaal heeft dus 6 items, zoals 'Ik voel me een deel van een groep op mijn werk'. Er is gebruikt gemaakt van een 5-punts Likert-schaal, antwoordcategorieën lopen van zeer mee oneens (1) tot zeer mee eens (5). Een hogere score op deze schaal wijst op meer voldoening van de behoefte aan verbondenheid. Vraag 44, 46 en 48 zijn negatief geformuleerd en omgecodeerd, de overige items zijn positief geformuleerd. Interne consistentie van de vragen binnen deze schaal was voldoende: deze 6 vragen bleken een betrouwbare schaal te vormen ($\alpha = 0,837$).

'Intrinsieke motivatie' werd gemeten op de Motivation At Work Scale (Gagné, Forest, Gilbert, Aubé, Morin & Marloni, 2010) als een vorm van motivatie die bij een persoon van binnenuit komt, zonder dat daar een externe beloning tegenover staat. Deze vragenlijst bestaat uit stellingen. Respondenten wordt gevraagd in welke mate deze overeenkomen met een van de redenen waarom zij dit specifieke werk willen doen. De items van deze schaal staan als vraag 50 t/m 52 in de vragenlijst. Deze schaal heeft dus 3 items, zoals "Omdat ik plezier heb tijdens het uitvoeren van mijn werk". Er is gebruikt gemaakt van een 5-punts Likert-schaal, antwoordcategorieën lopen van helemaal niet (1) helemaal wel (5). Een hogere

score op deze schaal wijst op meer intrinsieke motivatie voor het werk dat een behandelaar doet. Alle items zijn positief geformuleerd. Interne consistentie van de vragen binnen deze schaal was voldoende: deze 6 vragen bleken een betrouwbare schaal te vormen ($\alpha = 0,800$).

'Introjectie' werd gemeten op dezelfde vragenlijst als de regulering van gedrag door middel van eigenwaarde zoals ego-betrokkenheid en schuld. De items van deze schaal staan als vraag 53 t/m 55 in de vragenlijst. Deze schaal heeft dus 3 items, zoals 'Omdat mijn reputatie ervan afhangt'. Er is gebruikt gemaakt van een 5-punts Likert-schaal, antwoordcategorieën lopen van helemaal niet (1) helemaal wel (5). Een hogere score op deze schaal wijst op meer regulering van gedrag door middel van eigenwaarde. Alle items zijn positief geformuleerd. Interne consistentie van de vragen binnen deze schaal was niet helemaal voldoende: deze 3 vragen bleken een matig betrouwbare schaal te vormen ($\alpha = 0,679$). Deze uitkomst is echter vrij aanvaardbaar bij een schaal bestaande uit slechts 3 items.

'Identificatie' werd gemeten op dezelfde vragenlijst als het ondernemen van activiteiten omdat men zich identificeert met zijn waarde of betekenis. De items van deze schaal staan als vraag 56 t/m 58 in de vragenlijst. Deze schaal heeft dus 3 items, zoals 'Omdat deze baan mijn carrièreplannen vervult'. Er is gebruikt gemaakt van een 5-punts Likert-schaal, antwoordcategorieën lopen van helemaal niet (1) helemaal wel (5). Een hogere score op deze schaal wijst op meer motivatie tot gedrag omdat men zich identificeert met de bijbehorende waarde of betekenis. Alle items zijn positief geformuleerd. Interne consistentie van de vragen binnen deze schaal was voldoende: deze 3 vragen bleken een betrouwbare schaal te vormen ($\alpha = 0,789$).

'Externe regulatie' werd gemeten op dezelfde vragenlijst als het ondernemen van een activiteit om een beloning te verkrijgen of straf te voorkomen. De items van deze schaal staan als vraag 59 t/m 61 in de vragenlijst. Deze schaal heeft dus 3 items, zoals 'Omdat deze baan me voorziet van een bepaalde levensstandaard'. Er is gebruikt gemaakt van een 5-punts Likert-schaal, antwoordcategorieën lopen van helemaal niet (1) helemaal wel (5). Een hogere score op deze schaal wijst op meer extern gereguleerd gedrag. Alle items zijn positief geformuleerd. Interne consistentie van de vragen binnen deze schaal was niet helemaal voldoende: deze 3 vragen bleken een matig betrouwbare schaal te vormen ($\alpha = 0,587$).

Er zijn enkele wijzigingen uitgevoerd op de drie oorspronkelijke vragenlijsten. Het gedeelte van 'Vragenlijst naar belemmerende en bevorderende factoren voor gebruik van de richtlijn' (Van Dijk, Verbraak, Oosterbaan & van Balkom, 2008) dat vraagt naar de determinanten uit de theorie van gepland gedrag (vraag 6 t/m 25) is volledig overgenomen. Voor de overzichtelijkheid is er echter voor gekozen om de volgorde van de vragen aan te passen. De vragen over de 4 determinanten stonden oorspronkelijk door elkaar in de vragenlijst, maar in de vragenlijst binnen dit onderzoek zijn deze bevraagd in de volgorde attitude – subjectieve norm – waargenomen gedragscontrole – gedragsintentie. Er is een schaal gemaakt van de antwoordcategorieën, waarbij enkel de buitenste antwoordmogelijkheden zijn benoemd (zeer mee oneens – zeer mee eens). Dit komt overeen met de oorspronkelijke vragenlijst, maar daarin zijn de tussenopties wel benoemd (mee oneens – eens noch oneens – mee eens). Een vraag (25) ging specifiek over patiënten met een angststoornis, hierbij is 'patiënten met een angststoornis' vervangen

door enkel 'patiënten' omdat het binnen dit onderzoek om meerdere soorten patiënten gaat.

De 'Work-related Basic Need Satisfaction scale' (van den Broeck, Vansteenkiste, de Witte, Soenens & Lens, 2010) is ook volledig gebruikt binnen dit onderzoek. Dit is oorspronkelijk een Belgische vragenlijst, waardoor het taalgebruik soms is gewijzigd. Het woord 'job' werd vervangen door 'werk' en de antwoordopties 'helemaal mee akkoord/helemaal niet mee akkoord' werden gewijzigd naar 'zeer mee eens/zeer mee oneens'. Ook hier werden de tussenopties niet benoemd.

De motivation at work scale (Gagné, Forest, Gilbert, Aubé, Morin & Marloni, 2010) is ook volledig gebruikt binnen dit onderzoek. Omdat het hier gaat om een Engelse vragenlijst is deze volledig vertaald naar het Nederlands (zie bijlage C). Deze vragenlijst had oorspronkelijk 7 antwoordmogelijkheden. Omdat de rest van de vragen binnen dit onderzoek beantwoord worden op een 5-punts likert schaal is ervoor gekozen om de antwoordmogelijkheden van deze vragenlijst ook daartoe te beperken. Dit vergemakkelijkt de interpretatie. De antwoordmogelijkheden liepen eerst van 'Not at all'(1) tot 'exactly' (7). Hierbij werden de tussenopties ook benoemd. Nu lopen de opties van 'Helemaal niet' (1) tot 'Helemaal wel' (5) waarbij tussenopties niet zijn benoemd. De tussenopties worden steeds niet benoemd zodat met de resultaten straks berekeningen kunnen worden gedaan op intervalniveau.

Betrouwbaarheid en validiteit van de gekozen vragenlijsten is voor gebruik geëvalueerd. In het begeleidende artikel van 'Vragenlijst naar belemmerende en bevorderende factoren voor gebruik van de richtlijn' genaamd 'Implementatie van richtlijnen – het bepalen van belemmerende en bevorderende factoren d.m.v. de vragenlijst' (Van Dijk, Verbraak, Oosterbaan & van Balkom, 2008) wordt vermeld dat de gebruikte schalen in deze vragenlijst betrouwbaar zijn gebleken. Eerst is een intentieschaal opgezet, welke na het verwijderen van twee items een goede interne consistentie had ($\alpha = .94$). Vervolgens zijn de items die hiermee het meest samenhangen gekozen voor de overige determinanten, hierbij ontbreken de exacte α -waarden. Ook is vermeld dat de vragenlijst is ontwikkeld in samenwerking met experts, die hielpen met het formuleren van de items. Daarmee werd gestreefd naar een goede indrukvaliditeit.

In het begeleidende artikel van de 'Work-related Basic Need Satisfaction scale' genaamd 'Capturing autonomy, competence and relatedness at work: Construction and initial validation of the work-related basic need satisfaction scale' (van den Broeck, Vansteenkiste, de Witte, Soenens & Lens, 2010) wordt benoemd dat aan de hand van vier Nederlandstalige samples is vastgesteld dat de drie subschalen (autonomie, competentie, verbondenheid) betrouwbaar zijn ($\alpha = .81, .85$ en $.82$). Ook wordt er benoemd dat er bewijs is voor de criterium- en predictieve validiteit. Dit is onderzocht door correlaties te berekenen met criterium-gerelateerde variabelen zoals werktevredenheid en sociale steun (tabel 5 in het artikel, beschikbaar op aanvraag).

In het begeleidende artikel van de 'Motivation at work scale' genaamd 'Motivation at work scale: validation in two languages' (Gagné, Forest, Gilbert, Aubé, Morin & Marloni, 2010) is ook de betrouwbaarheid van de subschalen onderzocht. Hierbij is de interne consistentie voor de variabelen intrinsiek, identificatie, introjectie en externe regulatie berekend ($\alpha = .89, .83, .75$ en $.69$). De eerder

beschreven motivatievorm 'integratie' (uit het literatuuronderzoek) is niet als subschaal toegevoegd aan deze vragenlijst omdat het zeer moeilijk blijkt te zijn om deze psychometrisch te onderscheiden van 'identificatie' (Vallerand et al. in Gagné, Forest, Gilbert, Aubé, Morin & Marloni, 2010). De constructvaliditeit van de MAWS werd vastgesteld door relaties te onderzoeken met andere constructen uit het domein van organisatiegedrag. Dit is gedaan door het onderzoeken van correlaties tussen de motivatie-subschalen met antecedenten en uitkomsten zoals optimisme en waargenomen organisatorische ondersteuning (tabel 4 in het artikel, beschikbaar op aanvraag).

Voorgenomen analyses.

Om antwoord te kunnen geven op de deelvraag 'Welke determinanten uit de theorie van gepland gedrag zijn voorspellend voor richtlijngebruik?' zullen eerst schalen worden gemaakt van de determinanten attitude, subjectieve norm, waargenomen gedragscontrole en gedragsintentie. Vervolgens zal aan de hand van een hiërarchische regressieanalyse worden gekeken wat de voorspellende waarde is van deze determinanten, en of deze statistisch significant is.

Om antwoord te kunnen geven op de deelvraag 'In hoeverre is vervulling van de psychologische basisbehoeften uit de zelfdeterminatietheorie voorspellend voor richtlijngebruik?' zullen eerst schalen worden gemaakt van de (vervulling van) behoeften aan autonomie, competentie en verbondenheid. Vervolgens zal aan de hand van een hiërarchische regressieanalyse worden gekeken wat de voorspellende waarde is van deze behoeften, en of deze statistisch significant is.

Om antwoord te kunnen geven op de deelvraag 'Welk soort motivatie uit de zelfdeterminatietheorie is voorspellend voor richtlijngebruik?' zullen eerst schalen worden gemaakt van de verschillende soorten motivatie (intrinsiek, introjectie, identificatie en externe regulatie). Vervolgens zal aan de hand van een hiërarchische regressieanalyse worden gekeken wat de voorspellende waarde is van deze motivatievormen, en of deze statistisch significant is.

Om wat aanvullende informatie te verwerven over de huidige situatie met betrekking tot het richtlijngebruik, is ervoor gekozen een extra deelvraag toe te voegen. Om antwoord te geven op de vraag 'Hoeveel behandelaren zijn niet bekend met de (inhoud van de) richtlijnen en wat zijn redenen daarvoor?' zal aan de hand van frequentietabellen worden bekeken hoeveel behandelaren niet weten van het bestaan van de richtlijnen. Vervolgens zal er ook worden gekeken hoeveel behandelaren niet bekend zijn met de inhoud van de richtlijnen en wat zij als redenen hiervoor opgeven.

Alle analyses zijn tot in detail beschreven in het analyseplan (bijlage A). Hier is ook beschreven hoe de data is voorbereid en welke assumpties zijn bekeken. Verder worden de algemene statistieken beschreven, en wordt er per beroepsgroep gekeken naar scores op alle determinanten om gericht een advies te kunnen opstellen.

Resultaten

Deelvraag 1

De deelvraag “In hoeverre zijn de determinanten uit de theorie van gepland gedrag zijn voorspellend voor richtlijngebruik?” wordt beantwoord aan de hand van statistische analyses met SPSS, de voorbereiding hierop is beschreven in het analyseplan (bijlage A). De gemiddelde scores en standaarddeviaties van de variabelen in deze analyse zijn weergegeven in Tabel 1.1.

Tabel 1.1

Gemiddelde Waarden ($\bar{x}$) en Standaarddeviaties (s) van de Variabelen in de Steekproef (N= 97).

Variabele	$\bar{x}$	s
Attitude	3.760	.584
Subjectieve norm	3.370	.709
Waargenomen gedragscontrole	3.341	.439
Gedragsintentie	3.629	.732
Richtlijngebruik	2.890	1.020

Aantekening. Waarden (min-max) 1-5.

Uit tabel 1.1 blijkt dat de behandelaren vrij hoog scoren op de determinanten uit de theorie van gepland gedrag. De middelste waarde in de verdeling is 3, de behandelaren scoren gemiddeld hoger op deze vier determinanten. Ook is er vrij weinig spreiding. Op richtlijngebruik wordt iets lager gescoord.

Om te exploreren of attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole kunnen zorgen voor een significante proportie variantie in de gedragsintentie om gebruik te maken van richtlijnen, werd er een multiële regressie analyse (MRA) uitgevoerd.

Voordat de resultaten van de MRA werden geïnterpreteerd, zijn er een aantal assumpties getest en checks uitgevoerd. Allereerst, gaven de boxplots en z-waarden van de skewness en kurtosis indicatie dat sommige variabelen niet normaal zijn verdeeld, er was daarbij sprake van enkele univariate uitbijters. Ten tweede voorspelde een inspectie van de ‘normal probability plot of standardised residuals’ dat aan de voorwaarde van normaal verdeelde residuen is voldaan. Inspectie van de ‘scatterplot of standardised residuals against standardised predicted values’ gaf de indicatie dat er niet volledig voldaan is aan de voorwaarde van lineairiteit en homoscedasticiteit van residuen. Als derde, overschreed de Mahalanobis afstand de kritische χ^2 voor $df = 4$ (bij $\alpha .001$) van 18.47 niet voor alle gevallen in de datafile, wat indicatie geeft dat er geen sprake is van multivariate uitbijters. Ten slotte, gaven de relatief hoge toleranties de indicatie dat multicollineariteit niet zal interfereren met onze mogelijkheid om de uitkomst van de MRA te interpreteren.

In combinatie, zorgden attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole voor een significante 60,1% van de variantie in gedragsintentie, $R^2 = .601$, $F(3, 93) = 60,487$, $p < .001$. Gemeten bij Cohen's conventies (Cohen, 1988 in Allen & Bennett, 2010) is een gecombineerd effect van deze magnitude "groot" ($f^2 = 1.51$).

Ongestandaardiseerde (B) en gestandaardiseerde (β) regressie coëfficiënten, en gekwadrateerde semi-partiële correlaties (sr^2) voor elke predictor in het regressiemodel zijn gerapporteerd in Tabel 2.

Tabel 1.2

Ongestandaardiseerde (B) en Gestandaardiseerde (β) Regressiecoëfficiënten, en Gekwadrateerde Semi-partiële Correlaties (sr^2) voor elke Predictorvariabele in het Regessiemodel Voorspellen Gedragsintentie (N= 93).

Variabele	B [95% CI]	β	sr^2
Attitude	.523 [.332, .714]**	.417	.127
Subjectieve norm	.471 [.312, .630]**	.456	.128
Waargenomen gedragscontrole	.081 [-.148, .311]	.049	.002

Aantekening. CI = confidence interval (betrouwbaarheidsinterval).

* $p < .05$

** $p < .001$

Zoals te zien in Tabel 1.2, zijn de significante voorspellers van gedragsintentie in het regressiemodel de attitude en subjectieve norm ($sr^2 = .127$ en $.128$). Dit houdt in dat 12,7% van de variantie in de intentie om richtlijnen te gebruiken verklaard wordt door de attitude die men heeft ten opzichte van de richtlijnen. Er is hier sprake van een positief verband. Dit wil dus zeggen dat een positievere attitude ten opzichte van richtlijnen leidt tot een grotere intentie om richtlijnen te gaan gebruiken. Nog eens 12,8% van deze variantie is te verklaren door de subjectieve norm. Daaruit is te concluderen dat meer druk vanuit de sociale omgeving om richtlijnen te gebruiken ook zal leiden tot een grotere intentie om richtlijnen te gebruiken. In beide gevallen is het verband dus positief.

De determinant waargenomen gedragscontrole verklaart hier geen significant aandeel van de variantie, de gevonden scores hierop zouden op toeval kunnen berusten.

Om te exploreren of gedragsintentie en waargenomen gedragscontrole kunnen zorgen voor een significante proportie variantie in het richtlijngebruik van behandelaren werd er een multiële regressie analyse (MRA) uitgevoerd.

Voordat de resultaten van de MRA werden geïnterpreteerd, zijn er een aantal assumpties getest en checks uitgevoerd. Allereerst, gaven de boxplots en z-waarden van de skewness en kurtosis indicatie dat sommige variabelen niet normaal zijn verdeeld, er was daarbij sprake van enkele univariate uitbijters. Ten

tweede voorspelde een inspectie van de 'normal probability plot of standardised residuals' dat er niet aan de voorwaarde van normaal verdeelde residuen is voldaan. Inspectie van de 'scatterplot of standardised residuals against standardised predicted values' gaf de indicatie dat er niet volledig voldaan is aan de voorwaarde van lineariteit en homoscedasticiteit van residuen. Als derde, overschreed de Mahalanobis afstand de kritische χ^2 voor $df = 4$ (bij $\alpha .001$) van 18.47 niet voor alle gevallen in de datafile, wat indicatie geeft dat er geen sprake is van multivariate uitbijters. Ten slotte, gaven de relatief hoge toleranties de indicatie dat multicollineariteit niet zal interfereren met onze mogelijkheid om de uitkomst van de MRA te interpreteren.

In combinatie, zorgden gedragsintentie en waargenomen gedragscontrole voor een significante 26,7% van de variantie in richtlijngebruik, $R^2 = .267$, $F(2, 94) = 17,084$, $p < .001$. Gemeten bij Cohen's conventies (Cohen, 1988 in Allen & Bennett, 2010) is een gecombineerd effect van deze magnitude "groot" ($f^2 = .36$).

Ongestandaardiseerde (B) en gestandaardiseerde (β) regressie coëfficiënten, en gekwadrateerde semi-partiële correlaties (sr^2) voor elke predictor in het regressiemodel zijn gerapporteerd in Tabel 1.3.

Tabel 1.3.

Ongestandaardiseerde (B) en Gestandaardiseerde (β) Regressiecoëfficiënten, en Gekwadrateerde Semi-partiële Correlaties (sr^2) voor elke Predictorvariabele in het Regessiemodel Voorspellen Richtlijngebruik ($N = 93$).

Variabele	B [95% CI]	β	sr^2
Waargenomen gedragscontrole	-.159 [-.814, 2.210]	-.066	-.004
Gedragsintentie	.766 [.502, 1.031]**	.532	.258

Aantekening. CI = confidence interval (betrouwbaarheidsinterval).

* $p < .05$

** $p < .001$

Zoals te zien in Tabel 1.3, is de enige significante voorspeller van richtlijngebruik in het regressiemodel de gedragsintentie ($sr^2 = .258$). Dit betekent dat 25,8% van de variantie in richtlijngebruik verklaard kan worden door de gedragsintentie om richtlijnen te gaan gebruiken. Een grotere gedragsintentie zou hier dus leiden tot meer richtlijngebruik, het verband is positief. De determinant waargenomen gedragscontrole verklaart hier ook geen significant aandeel van de variantie, de gevonden scores hierop zouden op toeval kunnen berusten. Samenvattend kan er geconstateerd worden dat attitude en subjectieve norm een significant deel van de gedragsintentie voorspellen, welke op zijn beurt weer een significant deel van het richtlijngebruik voorspelt.

Deelvraag 2

De deelvraag “In hoeverre is vervulling van de psychologische basisbehoeften uit de zelfdeterminatietheorie voorspellend voor richtlijngebruik?” wordt beantwoord aan de hand van statistische analyses met SPSS, de voorbereiding hierop is beschreven in het analyseplan (bijlage A). De gemiddelde scores en standaarddeviaties van de variabelen in deze analyse zijn weergegeven in Tabel 2.1.

Tabel 2.1

Gemiddelde Waarden ($\bar{x}$) en Standaarddeviaties (s) van de Variabelen in de Steekproef (N=93).

Variabele	$\bar{x}$	s
Autonomie	3.482	.703
Competentie	3.969	.527
Verbondenheid	3.836	.626
Richtlijngebruik	2.890	1.020

Aantekening. Waarden (min-max) 1-5.

Uit tabel 2.1 blijkt dat de behandelaren gemiddeld ook hoog scoren op de (voldoening van) psychologische basisbehoeften vanuit de zelfdeterminatietheorie. Ook hier is er niet veel spreiding.

Om te exploreren in hoeverre vervulling van de behoefte aan autonomie, competentie en verbondenheid kan zorgen voor een significante proportie variantie in het richtlijngebruik van behandelaren tijdens het werken met patiënten, was er een hiërarchische multiële regressie analyse (MRA) uitgevoerd.

Voordat de resultaten van de MRA werden geïnterpreteerd, zijn er een aantal assumpties getest en checks uitgevoerd. Allereerst, gaven de boxplots en z-waarden van de skewness en kurtosis indicatie dat sommige variabelen niet normaal zijn verdeeld, er was daarbij sprake van enkele univariate uitbijters. Ten tweede voorspelde een inspectie van de ‘normal probability plot of standardised residuals’ dat aan de voorwaarde van normaal verdeelde residuen is voldaan. Inspectie van de ‘scatterplot of standardised residuals against standardised predicted values’ gaf de indicatie dat er niet volledig voldaan is aan de voorwaarde van lineariteit en homoscedasticiteit van residuen. Als derde, overschreed de Mahalanobis afstand de kritische χ^2 voor $df = 4$ (bij $\alpha .001$) van 18.47 niet voor alle gevallen in de datafile, wat indicatie geeft dat er geen sprake is van multivariate uitbijters. Ten slotte, gaven de relatief hoge toleranties de indicatie dat multicollineariteit niet zal interfereren met onze mogelijkheid om de uitkomst van de MRA te interpreteren.

In combinatie zorgden autonomie, competentie en verbondenheid voor 12,6% van de variantie in richtlijngebruik, $R^2 = .126$, $F(3, 89) = 4,264$, $p = < .05$. Gemeten bij Cohen’s conventies (Cohen, 1988 in Allen & Bennett, 2010) is een gecombineerd effect van deze magnitude “klein tot middelgroot” ($f^2 = .14$).

Ongestandaardiseerde (B) en gestandaardiseerde (β) regressie coëfficiënten, en gekwadrateerde semi-partiële correlaties (sr^2) voor elke predictor in het regressiemodel zijn gerapporteerd in Tabel 2.2.

Tabel 2.2

Ongestandaardiseerde (B) en Gestandaardiseerde (β) Regressiecoëfficiënten, en Gekwadrateerde Semi-partiële Correlaties (sr^2) voor elke Predictorvariabele in het Regessiemodel Voorspellen Richtlijngebruik ($N= 93$).

Variabele	B [95% CI]	β	sr^2
Autonomie	.408 [.079, .737]*	.275	.060
Competentie	.287 [-.151, .724]	.144	.017
Verbondenheid	.006 [-.370, .383]	.004	.000

Aantekening. CI = confidence interval (betrouwbaarheidsinterval).

* $p < .05$

** $p < .001$

Zoals te zien in Tabel 2.2, is de enige significante voorspeller van richtlijngebruik in het uiteindelijke regressiemodel autonomie ($sr^2 = .060$). Dit betekent dat 6% van de variantie in richtlijngebruik verklaard kan worden door de vervulling van de behoefte aan autonomie. Er is hier sprake van een positief verband. Meer vervulling van de behoefte aan autonomie zou hier dus leiden tot meer richtlijngebruik, het verband is positief. Verbondenheid en competentie leveren geen significante bijdrage in het voorspellen van richtlijngebruik.

Deelvraag 3:

De deelvraag “In hoeverre zijn de soorten motivatie uit de zelfdeterminatietheorie is voorspellend voor richtlijngebruik?” wordt beantwoord aan de hand van statistische analyses met SPSS, de voorbereiding hierop is beschreven in het analyseplan (bijlage A). De gemiddelde scores en standaarddeviaties van de variabelen in deze analyse zijn weergegeven in Tabel 3.1.

Tabel 3.1

Gemiddelde Waarden ($\bar{x}$) en Standaarddeviaties (s) van de Variabelen in de Steekproef ($N=93$).

Variabele	$\bar{x}$	s
Intrinsieke motivatie	4.000	.691
Identificatie	3.534	.701
Introjectie	2.297	.807
Externe regulatie	2.446	.809
Richtlijngebruik	2.890	1.020

Aantekening. Waarden (min-max) 1-5.

Uit tabel 3.1 blijkt dat behandelaren vrij hoog scoren op intrinsieke motivatie en identificatie, maar iets lager scoren op introjectie en externe regulatie. Op introjectie en externe regulatie is ook iets meer spreiding.

Om te exploreren in hoeverre intrinsieke motivatie, identificatie, introjectie en externe regulatie kunnen zorgen voor een significante proportie variantie in het richtlijngebruik van behandelaren tijdens het werken met patiënten, was er een hiërarchische multiële regressie analyse (MRA) uitgevoerd.

Voordat de resultaten van de MRA werden geïnterpreteerd, zijn er een aantal assumpties getest en checks uitgevoerd. Allereerst, gaven de boxplots en z-waarden van de skewness en kurtosis indicatie dat sommige variabelen niet normaal zijn verdeeld, er was daarbij sprake van enkele univariate uitbijters. Ten tweede voorspelde een inspectie van de 'normal probability plot of standardised residuals' dat aan de voorwaarde van normaal verdeelde residuen is voldaan. Inspectie van de 'scatterplot of standardised residuals against standardised predicted values' gaf de indicatie dat er niet volledig voldaan is aan de voorwaarde van lineariteit en homoscedasticiteit van residuen. Als derde, overschreed de Mahalanobis afstand de kritische χ^2 voor $df = 4$ (bij $\alpha .001$) van 18.47 niet voor alle gevallen in de datafile, wat indicatie geeft dat er geen sprake is van multivariate uitbijters. Ten slotte, gaven de relatief hoge toleranties de indicatie dat multicollineariteit niet zal interfereren met onze mogelijkheid om de uitkomst van de MRA te interpreteren.

In combinatie zorgden autonomie, competentie en verbondenheid voor 17,9% van de variantie in richtlijngebruik, $R^2 = .179$, $F(4, 88) = 4,796$, $p < .05$. Gemeten bij Cohen's conventies (Cohen, 1988 in Allen & Bennett, 2010) is een gecombineerd effect van deze magnitude "middelgroot" ($f^2 = .22$). Ongestandaardiseerde (B) en gestandaardiseerde (β) regressie coëfficiënten, en gekwadraterde semi-partiële correlaties (sr^2) voor elke predictor in het regressiemodel zijn gerapporteerd in Tabel 3.2.

Tabel 3.2

Ongestandaardiseerde (B) en Gestandaardiseerde (β) Regressiecoëfficiënten, en Gekwadraterde Semi-partiële Correlaties (sr^2) voor elke Predictorvariabele in het Regessiemodel Voorspellen Richtlijngebruik ($N = 93$).

Variabele	B [95% CI]	β	sr^2
Intrinsieke motivatie	.272 [-1.407, 1,492]	.177	.022
Identificatie	.438 [-.078, .623]*	.289	.053
Introjectie	.030 [-.252, .313]	.023	.000
Externe regulatie	.077 [-.188, .342]	.059	.003

Aantekening. CI = confidence interval (betrouwbaarheidsinterval).

* $p < .05$

** $p < .001$

Zoals te zien in Tabel 1, is de enige significante voorspeller van richtlijngebruik in het uiteindelijke

regressiemodel identificatie ($sr^2 = .053$). Er is hier sprake van een positief verband. Dit betekent van 5,3% van de variantie in richtlijngebruik te voorspellen is door de mate waarmee iemand zich identificeert met de inhoud van de richtlijnen. Het gaat hier om identificatie met de (inhoud van) de richtlijnen omdat deze passen bij de persoonlijke doelen of identiteit van de behandelaar.

Deelvraag 4:

De deelvraag 'Hoeveel behandelaars zijn niet bekend met de (inhoud van de) richtlijnen en wat zijn redenen daarvoor?' wordt beantwoord aan de hand van een frequentieanalyse met SPSS. Eerst is behandelaars gevraagd of zij weten van het bestaan van de multidisciplinaire GGZ-richtlijnen ($N = 212$). Van deze behandelaars bleken 47 (22,2%) personen niet van het bestaan te weten, de overige 165 (77,8%) behandelaars wisten wel van het bestaan.

Om te testen wat de redenen zijn dat behandelaars niet bekend zijn met de inhoud van de richtlijnen, is een route met een extra vraag toegevoegd (zie ook analyseplan, bijlage A). Deze extra vraag werd gesteld aan behandelaars die op de voorgaande vraag 'Bent u bekend met de inhoud van de richtlijnen?' 'nee' hadden geantwoord. In totaal hebben 155 behandelaars de vraag of ze bekend waren met de inhoud van de richtlijnen ingevuld. 53 van deze behandelaars gaven het antwoord 'nee' (34,2%) en kregen dus de extra vraag 'Hoe komt het dat u de inhoud van de multidisciplinaire richtlijnen niet kent?'. Behandelaars konden hier meerdere antwoorden aanvinken, de resultaten hiervan zijn zichtbaar in tabel 4.1.

Tabel 4.1

Antwoordmogelijkheden en Frequenties in de Steekproef ($N=47$).

Antwoordmogelijkheid	Frequentie antwoord
Ik ben wel geïnteresseerd, maar ik kan ze niet vinden.	15
Ik heb ze niet nodig.	7
Ik volg zelf de literatuur.	4
Ik heb mijn eigen richtlijnen.	3
Anders.	24

Aantekening. Mogelijkheid tot dubbele antwoorden.

Uit deze resultaten is op te maken dat er behandelaars zijn die interesse hebben in de richtlijnen, maar niet weten waar ze deze kunnen vinden. Enkele behandelaars menen de richtlijnen niet nodig te hebben, zelf de literatuur te volgen of eigen richtlijnen te hebben. Het antwoord 'anders' werd door ongeveer de helft van de respondenten gegeven.

Discussie

Conclusie

De centrale vraagstelling binnen dit veldonderzoek was 'In hoeverre zijn de factoren die van invloed zijn op gedrag bepalend voor het (niet) toepassen van richtlijnen onder behandelaren van het GGZ WNB?'. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is gewerkt met deelvragen. Allereerst is bekeken in hoeverre de determinanten uit de theorie van gepland gedrag het richtlijngebruik kunnen voorspellen. Opvallend was dat de gemiddelde scores op al deze determinanten overwegend hoog waren. Nog opvallender was dat de gemiddelde score op gedragsintentie (tot richtlijngebruik) een stuk hoger was dan het daadwerkelijke richtlijngebruik. Het bleek zo te zijn dat attitude en subjectieve norm significante voorspellers zijn voor de gedragsintentie. Gedragsintentie bleek vervolgens ook een significant deel van het richtlijngebruik te kunnen voorspellen. Het lijkt dus zo te zijn dat de gedragsintentie gedeeltelijk wordt gevormd door iemands attitude over richtlijnen en de sociale druk die hij/zij ervaart om de richtlijnen te gaan toepassen. Vervolgens beïnvloedt de gedragsintentie het daadwerkelijke richtlijngebruik. De waargenomen gedragscontrole bleek geen significante voorspeller.

De tweede deelvraag ging verder in op de psychologische basisbehoeften van de behandelaren. Er is gemeten in hoeverre bij de behandelaren voldaan is aan deze behoeften. Ook hier waren alle gemiddelde scores vrij hoog. Autonomie bleek een significante voorspeller voor een gedeelte van het richtlijngebruik. De overige behoeften (competentie en verbondenheid) hadden hier geen significant aandeel. Er is te concluderen dat een toename in de vervulling van de behoefte aan autonomie zal leiden tot een iets hoger richtlijngebruik.

De derde deelvraag bekeek welke soort motivatie het richtlijngebruik het beste kon voorspellen. Hier werden wisselende scores gevonden bij de verschillende vormen van motivatie. Identificatie bleek de enige significante voorspeller voor richtlijngebruik, maar deze voorspelde maar een klein gedeelte. Dit houdt in dat wanneer een behandelaar zich meer identificeert met de inhoud van de richtlijnen, hij deze ook meer zal toepassen.

De laatste deelvraag onderzocht in hoeverre behandelaren weten van het bestaan van de multidisciplinaire richtlijnen en bekend zijn met de inhoud. Ongeveer een vijfde van de bevroegde behandelaren wist niet van het bestaan van de richtlijnen. Van de behandelaren die wel van het bestaan wisten en door zijn gegaan met de vragenlijst, gaf ongeveer een derde aan dat ze niet bekend zijn met de inhoud van de richtlijnen. Een aantal van deze behandelaren gaven aan dat ze wel interesse hebben in de richtlijnen, maar deze niet kunnen vinden. Zij zijn er dus niet goed van op de hoogte hoe/waar ze deze richtlijnen kunnen raadplegen. Veel behandelaren gaven 'anders' als reden op. Hierdoor wordt niet goed duidelijk welke redenen behandelaren hebben om niet bekend te zijn met de inhoud.

Aan de hand van deze informatie kan gesteld worden dat de factoren die van invloed zijn op gedrag (voortkomend uit het literatuuronderzoek) gedeeltelijk bepalend zijn voor het (niet) toepassen van richtlijnen onder behandelaren van het GGZ WNB. Met name de determinanten uit de theorie van gepland gedrag blijken het richtlijngebruik voor een redelijk gedeelte te kunnen voorspellen.

De adviesvraag vanuit GGZ WNB was 'Hoe kan het toepassen van richtlijnen door behandelaren worden verbeterd?'. Uit de resultaten van dit veldonderzoek is af te leiden dat het stimuleren van een positievere attitude over de richtlijnen en het verhogen van de sociale druk om richtlijnen te gebruiken een positief effect hebben op de intentie van behandelaren om richtlijnen te gebruiken. Deze intentie zorgt weer voor meer richtlijngebruik. Ook is af te leiden dat werknemers meer richtlijnen gaan gebruiken als ze meer autonomie ervaren in hun werkzaamheden, het zou dus aan te bevelen zijn om de werknemers wat meer vrij te laten in de werkzaamheden. Identificatie is ook een voorspeller voor richtlijngebruik die positief kan worden beïnvloed, bijvoorbeeld door de richtlijnen beter af te stemmen op de persoonlijke doelen van de behandelaren.

Voor de geestelijke gezondheidszorg over het algemeen gelden deze aanbevelingen ook. Dit onderzoek wijst uit dat het toepassen van richtlijnen door behandelaren een gedraging is die door meerdere factoren wordt beïnvloedt. Met deze factoren kan rekening worden gehouden bij de implementatie van richtlijnen zodat behandelaren deze vaker zullen gaan inzetten bij de behandeling van patiënten.

Discussie

Een belangrijke kanttekening die geplaatst dient te worden bij de voorgaande conclusie is het feit dat de determinanten slechts een gedeelte van het richtlijngebruik kunnen voorspellen. Er zijn dus nog andere voorspellende factoren voor richtlijngebruik die binnen dit onderzoek niet aan het licht zijn gekomen. Wellicht kan vervolgonderzoek hierop een aanvulling bieden. Wanneer er op een van de voorspellers wordt ingespeeld binnen een organisatie is het verstandig om in gedachten te houden dat dit wellicht kleine effecten zal hebben die niet onmiddellijk merkbaar zijn.

Niet alle determinanten uit de literatuur bleken het richtlijngebruik significant te kunnen voorspellen binnen dit onderzoek. Dit zou echter te wijten kunnen zijn aan het beperkte aantal deelnemers dat de vragenlijst volledig heeft ingevuld (93 personen). Op de meeste determinanten is de spreiding relatief laag, wat het extra moeilijk maakt om met dit geringe aantal deelnemers aan de hand hiervan het richtlijngebruik goed te kunnen voorspellen. Deze resultaten moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd. Ook voldeed de data niet aan alle voorwaarden voor de gekozen toets (regressie). Omdat hiervoor geen alternatief beschikbaar was is deze toets toch uitgevoerd, maar de data zijn minder robuust. Er was bij sommige variabelen geen sprake van een normale verdeling, en er zijn enkele univariate uitbijters. Dit kan de data ook beïnvloeden.

Ondanks dat in de instructie van de vragenlijst anonimiteit werd benadrukt, is het mogelijk dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Dit zou kunnen leiden tot andere scores dan er in werkelijkheid zijn. Dit blijft lastig te achterhalen.

Sommige beroepsgroepen zijn binnen dit onderzoek over- of juist ondervertegenwoordigd. Zo zijn er bijvoorbeeld slechts enkele psychiaters, terwijl er tientallen verpleegkundigen en begeleiders zijn. Dit heeft te maken met de samenstelling van de populatie. Door de geringe aantallen van sommige beroepsgroepen was het niet mogelijk om realistische uitspraken te doen wat betreft verschillen tussen

deze groepen.

Het uitgevoerde onderzoek is kwantitatief van aard. De gehele populatie (behandelaren werkzaam bij het GGZ WNB) is benaderd voor het invullen van de vragenlijst. Dit maakte het mogelijk om in korte tijd een goed beeld te vormen over het richtlijngebruik van deze behandelaren. Er zou echter wellicht meer te zeggen zijn over het richtlijngebruik als er meer behandelaren bevroegd waren (grotere populatie, en dus waarschijnlijk ook een grotere steekproef). Dit is een interessante optie voor een vervolgonderzoek.

Doordat dit onderzoek kwantitatief van aard is, was het ook moeilijk om diep in te gaan op de achterliggende redenen van behandelaren om geen gebruik te maken van de richtlijnen. Dit is een nadeel van deze vorm van onderzoek. Een kwalitatief vervolgonderzoek zou hier verder op in kunnen gaan aan de hand van diepte-interviews.

Een ander noemenswaardig discussiepunt is het feit dat steeds per model naar de voorspellende waarde is gekeken van de determinanten. Hier is ook een splitsing gemaakt tussen de psychologische basisbehoeften en de soorten motivatie uit de zelfdeterminatietheorie. Er is dus geen analyse gemaakt van de voorspellende waarde van alle losse determinanten samen. Dit was niet mogelijk omdat het de voorwaarde van het aantal respondenten in verhouding tot de voorspellers zou schenden. Wellicht zou een volledige analyse met alle determinanten andere resultaten hebben opgeleverd. Er zou mogelijk overlap kunnen zijn tussen de gevonden percentages binnen de verschillende modellen.

Een aanbeveling voor het adviesproduct wat op dit onderzoek zal volgen, is het verder uitwerken van de significante voorspellers uit dit veldonderzoek. GGZ WNB zou beter in kunnen spelen op deze determinanten als er meer duidelijkheid is over de definitie en werking hiervan. Het is daarbij nuttig om de instelling te adviseren over de wijze waarop deze positief te beïnvloeden zijn. Een algemene aanbeveling is het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek om de redenen van behandelaren om niet bekend te zijn met de inhoud van de richtlijnen te achterhalen. Dit werd binnen dit onderzoek niet helemaal duidelijk.

Uit de resultaten valt op te maken dat richtlijngebruik gestimuleerd kan worden door in te spelen op de voorspellende determinanten. Wanneer men de gedragsintentie van de behandelaren positief beïnvloedt, zal dit leiden tot meer richtlijngebruik. Er is duidelijk geworden dat deze gedragsintentie positief te beïnvloeden is door in te spelen op de attitude en subjectieve norm die behandelaren ervaren. Het is dan nodig om behandelaren te helpen om een positievere houding aan te nemen ten opzichte van de richtlijnen. Ook is het mogelijk meer sociale druk te creëren om het richtlijngebruik te stimuleren. Verder kan men letten op de behoefte aan autonomie die werknemers hebben. Wanneer hieraan voldaan wordt zullen werknemers meer autonomie ervaren in hun werk, en vervolgens meer gebruik gaan maken van de richtlijnen. Wanneer richtlijngebruik meer past bij de persoonlijke doelen en de identiteit van de behandelaren, zal dit zorgen voor meer identificatie. Dit motiveert behandelaren om meer gebruik te maken van de richtlijnen. Wanneer men hierop in wil spelen is het van belang om te onderzoeken wat voor identiteit/doelen de behandelaren hebben en hoe de richtlijnen zo kunnen worden aangeboden dat ze hierbij passen. Wanneer aan de hand van deze determinanten het richtlijngebruik kan worden

verbeterd, leidt dit tot kwalitatief betere zorg. Dit houdt in dat er betere behandeluitkomsten zullen ontstaan. Dit is belangrijk voor instellingen, behandelaren en bovenal cliënten.

Algemene conclusies en aanbevelingen

De hoofdvraag van dit literatuur- en veldonderzoek was 'Wat motiveert behandelaren om (geen) gebruik te maken van multidisciplinaire richtlijnen?'. Hierbij was de doelstelling meer inzicht verkrijgen in het (niet) toepassen van multidisciplinaire GGZ-richtlijnen door behandelaren en de mate waarin de factoren die gedrag beïnvloeden hierin een rol spelen. Eerst is er een literatuuronderzoek uitgevoerd waaruit een aantal belangrijke factoren naar voren zijn gekomen. De belangrijkste factoren zijn motivatie, attitude, sociale invloed, waargenomen gedragscontrole, gedragsintentie en psychologische basisbehoeften. De wetenschappelijke literatuur stelt dat deze factoren van invloed zijn op gedrag. Om verder te onderzoeken of deze factoren ook van invloed zijn op het richtlijngebruik door de behandelaren van het GGZ WNB zijn deze meegenomen in het veldonderzoek.

Eerst werden de determinanten uit de theorie van gepland gedrag onderzocht. Het blijkt dat attitude en subjectieve norm (de ervaren sociale druk) significante voorspellers zijn van de gedragsintentie om richtlijnen te gebruiken. Deze gedragsintentie blijkt weer een significante voorspeller voor het richtlijngebruik. Vervolgens werden ook de determinanten uit de zelfdeterminatietheorie bekeken. Van de drie psychologische basisbehoeften bleek slechts één een significante voorspeller voor richtlijngebruik, de behoefte aan autonomie. Van de verschillende vormen van motivatie bleek enkel identificatie een significante voorspeller voor het richtlijngebruik.

Op basis van deze informatie is te zeggen dat attitude, subjectieve norm, autonomie en identificatie zowel vanuit de literatuur als in de praktijk voorspellers zijn voor het richtlijngebruik. Hiermee is aan de doelstellingen van het literatuur- en veldonderzoek voldaan. Om de hoofdvraag te beantwoorden is te zeggen dat een positieve attitude ten opzichte van de richtlijnen, enige sociale druk vanuit de omgeving, een gevoel van autonomie in de werkzaamheden en identificatie met de richtlijnen op basis van persoonlijke doelen en identiteit de behandelaren zal motiveren om gebruik te maken van de multidisciplinaire richtlijnen. Om te exploreren wat behandelaren als reden zien om niet bekend te zijn met de inhoud van de richtlijnen is hier ook een vraag over gesteld. Een aantal behandelaren heeft aangegeven de richtlijnen niet te kunnen vinden, maar wel interesse te hebben in de richtlijnen. Het is dus aan te bevelen om de richtlijnen nog eens te verspreiden of behandelaren erop te wijzen hoe zij toegang krijgen tot de richtlijnen. Wat andere redenen zijn om geen gebruik te maken van de richtlijnen is nog niet volledig duidelijk. Hier is de aanbeveling om ook een kwalitatief onderzoek uit te voeren om deze redenen in detail te kunnen achterhalen.

Literatuurlijst

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50: 179-211.

Allen, P. & Bennett, K. (2010). *PASW statistics by SPSS. A practical guide*. Melbourne: Cengage Learning Australia.

Bloemers, W. & Hagedoorn, E. (2010). *Management, organisatie en gedrag*. Amsterdam: Reed Business.

Brinkman, J. (2013). *Voor de verandering. Een praktische inleiding in de agogische theorie*. Houten: Noordhoff Uitgevers.

van den Broek, A., Vansteenkiste, M., de Witte, H., Lens, W. & Andriessen, M. (2009). De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer. *Gedrag & organisatie*, 22, 4.

Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., Soenens, B. & Lens, W. (2010). Capturing autonomy, competence, and relatedness at work: Construction and initial validation of the Work-related Basic Need Satisfaction scale. *Journal of occupational and organizational psychology*, 83, 981-1002.

CBO (z.d.). *Evidence based werken (richtlijnen)*. Geraadpleegd op 11 februari 2014, op <http://www.cbo.nl/themas/evidence-based-werken--richtlijnen-/projecten/richtlijnen>

Deci, E.L. & Gagné, M. (2005). Self determination theory and work motivation. *Journal of organizational behavior*, 26, 331-362.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

Van Dijk, M., Verbraak, M., Oosterbaan, D. & Van Balkom, T. (2008). Implementatie van richtlijnen: het bepalen van belemmerende en bevorderende factoren door middel van een vragenlijst. *Psychopraxis*, 10(05), 202-208.

van Everdingen, J., Burgers, J. & Assendelft, W. (2004). *Evidence-based richtlijntontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Festinger, L. (1962). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.

Franx, G., Niesink, P., Swinkels, J., Burgers, J., Wensing, M. & Grol, R. (2011). Ten years of multidisciplinary mental health guidelines in the Netherlands. *International review of psychiatry*, 23, 371-378.

Gagné, M., Forest, J., Gilbert, M.H., Aubé, C., Morin, E. & Marloni, A. (2010). The Motivation at Work Scale: Validation Evidence in Two Languages. *Educational and psychological measurement*, 70(4), 628-626.

Gezondheidsraad (2000). *Van Implementeren naar leren: het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Grol, R. & Wensing, M. (2006). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (2003). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (2003). *Multidisciplinaire richtlijn depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Mullins, L. (2007). *Management van gedrag. Individu, team en organisatie*. Amsterdam: Pearson education.

Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Free press.

Sinnema, H., Franx, G. & van 't Land, H. (2009). *Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ. Themarapportage*. Utrecht: Trimbos instituut.

Smolders, M., Laurant, M., van Duin, D., Wensing, M. & Grol, R. (2006). Werken met richtlijnen: beïnvloedende factoren bij het handelen volgens de multidisciplinaire richtlijnen angststoornissen en depressie. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 61, 1018-1030.

Trimbos instituut (2014). *Over multidisciplinaire richtlijnen*. Geraadpleegd op 12 februari 2014, op <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>

Vroom, V.H. (1964). *Work and motivation*. New York: Wiley.

Bijlagen

A Analyseplan

Hoofdvraag: 'In hoeverre zijn de factoren die van invloed zijn op gedrag bepalend voor het (niet) toepassen van richtlijnen onder behandelaren van het GGZ WNB?

Deelvraag 1: In hoeverre zijn de determinanten uit de theorie van gepland gedrag zijn voorspellend voor richtlijngebruik?

Deelvraag 2: In hoeverre is vervulling van de psychologische basisbehoeften uit de zelfdeterminatietheorie voorspellend voor richtlijngebruik?

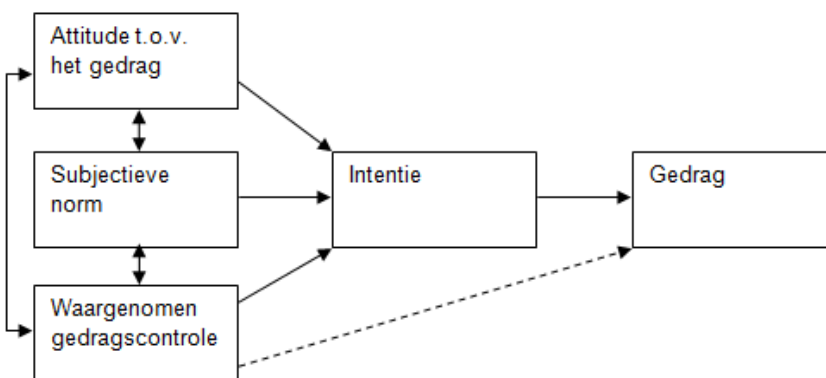
Deelvraag 3: In hoeverre zijn de soorten motivatie uit de zelfdeterminatietheorie is voorspellend voor richtlijngebruik?

Deelvraag 4: 'Hoeveel behandelaren zijn niet bekend met de (inhoud van de) richtlijnen en wat zijn redenen daarvoor?'

Stap 1: Eerst worden alle frequencies van alle variabelen uitgedraaid met SPSS, waarbij gekeken wordt of er rare waarden in het bestand staan. Als een waarde onmogelijk of niet te achterhalen is, wordt deze tot 'missing' gerekend. Hiervoor wordt de waarde '999' gebruikt, aangegeven in de variable view. Respondenten 22,158 en 197 worden verwijderd omdat dit geen echte respondenten zijn (deze respondentnummers zijn testen van de vragenlijst uitgevoerd door de onderzoeker zelf).

Onderzoeksvraag 1

“Welke determinanten uit de theorie van gepland gedrag zijn voorspellend voor richtlijngebruik?”



Figuur 1 (herhaling). Theory of planned behavior (Ajzen, 1991).

Wanneer we bovenstaand model aanhouden, kan deze deelvraag niet worden beantwoord met een enkele analyse. Het is zichtbaar dat de determinanten attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole de gedragsintentie beïnvloeden. Vervolgens beïnvloedt deze intentie het daadwerkelijke gedrag, maar de waargenomen gedragscontrole beïnvloedt het gedrag ook direct.

Alle determinanten uit dit model zijn binnen dit onderzoek gemeten op intervalniveau. Om dit model te volgen zijn er twee beoogde analyses: een regressieanalyse waarbij wordt gekeken in hoeverre attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole de gedragsintentie beïnvloeden (deel 1) en een regressieanalyse waarbij wordt gekeken in hoeverre waargenomen gedragscontrole en gedragsintentie het daadwerkelijke gedrag (gebruiken van richtlijnen) beïnvloeden (deel 2).

Stap 2: De vragen 26 en 27 (waargenomen gedragscontrole) moeten worden gehercodeerd omdat deze verschillend gesteld zijn dan de rest van de bijbehorende vragenlijst. Dit wordt gedaan via transform -> recode into same variables.

Stap 3: Meetniveau bekijken. Het meetniveau is scale (interval) wat inhoudt dat men gemiddelden mag berekenen op basis van deze data.

Stap 4: De betrouwbaarheid van de mogelijke schalen wordt bekeken, via Analyze > Scale > Reliability analysis.

Vraag 13 t/m 17: $\alpha = 0,838 > 0,70$ dus de schaal is betrouwbaar (attitude)

Vraag 18 t/m 22: $\alpha = 0,803 > 0,70$ dus de schaal is betrouwbaar (subjectieve norm)

Vraag 23 t/m 27: $\alpha = 0,719 > 0,70$ dus de schaal is betrouwbaar (waargenomen gedragscontrole)

Vraag 28 t/m 32: $\alpha = 0,949 > 0,70$ dus de schaal is betrouwbaar (gedragsintentie)

Stap 5: Schaal maken

Met transform > compute variable > mean.2 worden alle bovenstaande schalen gecreëerd.

.2 staat ervoor dat er pas een gemiddeld wordt berekend als er 2 scores zijn.

Stap 6: Voorwaarden checken (Voor multiële regressie)

- Ratio N:k = 50 + 8 (k)

Deel 1: Er zijn 3 voorspellers (k): attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole.

$50 + 8 \times 3 = 74$.

Deel 2: Er zijn 2 voorspellers (k): waargenomen gedragscontrole en gedragsintentie

$50 + 8 \times 2 = 66$.

Voldaan hieraan met 97 respondenten.

- Normale verdeling variabelen in model

Richtlijngebruik: De Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilk toets zijn significant ($p = < .001$) dus er is waarschijnlijk geen normaalverdeling. De boxplot en histogram lijken toch redelijk normaal verdeeld.

Scheefheid en spitsheid:

Skewness: -0,293 S.E. Skewness: 0,210 Z Skewness: $-0,293:0,210 = -1,40$

Kurtosis: -0,855 S.E. Kurtosis: 0,417 Z Kurtosis: $-0,855:0,417 = -2,05$

De Z van kurtosis is $> 1,96$, dus er wordt aangenomen dat er geen sprake is van een normale verdeling.

De verdeling is spits. Er is dus niet helemaal voldaan aan deze voorwaarde.

Er zijn geen uitbijters. Deze variabele wordt ook gebruikt in de komende twee onderzoeksvragen.

Attitude: De Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilk toets zijn significant ($p < 0,001$) dus er is waarschijnlijk geen normaalverdeling, dit is ook zichtbaar op het histogram en de boxplot.

De verdeling van deze variabele is rechtsscheef.

Scheefheid en spitsheid:

Skewness: -0,486 S.E. Skewness: 0,241 Z Skewness: $-0,486:0,241 = -2,02$

Kurtosis: 0,692 S.E. Kurtosis: 0,478 Z Kurtosis: $0,692:0,478 = 1,45$

De Z van skewness is $> 1,96$, dus de variabele is scheef verdeeld. Ik neem aan dat er geen sprake is van normale verdeling.

Er zijn 5 uitbijters: respondenten 41, 64, 77, 125 en 165.

Subjectieve norm: De Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilk toets zijn niet significant ($p = .06$ / $p = .64$) dus er is waarschijnlijk sprake van normale verdeling, dit is ook zichtbaar op het histogram en de boxplot.

Scheefheid en spitsheid:

Skewness: -0,315 S.E. Skewness: 0,243 Z Skewness: $-0,315:0,243 = -1,29$

Kurtosis: -0,454 S.E. Kurtosis: 0,481 Z Kurtosis: $-0,454:0,481 = -0,94$

De Z-waarden zijn $< 1,96$, dus de variabele is normaal verdeeld.

Er is 1 uitbijter: respondent 185.

Waargenomen gedragscontrole: De Kolmogorov-Smirnov toets is significant ($p = < .05$), de Shapiro-Wilk toets is niet significant ($p = .224$). Het is dus nog onduidelijk hoe deze variabele verdeeld is, de boxplot en het histogram zien er normaal uit.

De verdeling van deze variabele is rechtsscheef.

Scheefheid en spitsheid:

Skewness: -0,109 S.E. Skewness: 0,244 Z Skewness: $-0,109:0,244 = -0,45$

Kurtosis: 0,40 S.E. Kurtosis: 0,483 Z Kurtosis: $0,40:0,483 = 0,83$

De Z-waarden zijn $< 1,96$, dus er wordt aangenomen dat de variabele normaal is verdeeld.

Er zijn geen uitbijters.

Gedragsintentie: De Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilk toets zijn significant ($p < 0,001$) dus er is waarschijnlijk geen normaalverdeling, dit is ook zichtbaar op het histogram en de boxplot.

De verdeling van deze variabele is rechtsscheef.

Scheefheid en spitsheid:

Skewness: -0,566 S.E. Skewness: 0,244 Z Skewness: $-0,566:0,244 = -2,32$

Kurtosis: 0,348 S.E. Kurtosis: 0,483 Z Kurtosis: $0,348:0,483 = 0,72$

De Z van skewness is $> 1,96$, dus de variabele is scheef verdeeld. Ik neem aan dat er geen sprake is van normale verdeling.

Er is 1 uitbijter: Respondent 95.

Er is te concluderen dat er voor 2 van de 4 variabelen voldaan is aan de voorwaarde van normale verdeling.

- Het verlagen van impact uitbijters

Om de data niet te beïnvloeden en het aantal respondenten niet te reduceren is ervoor gekozen alle uitbijters in het databestand te behouden. Er blijken geen multivariate uitbijters te zijn (zichtbaar bij de mahalanobis distance) en op deze manier wordt er wel steeds voldaan aan de n:k ratio.

Deel 1: De mahalanobis afstand is voor alle variabelen $< 16,27$ (voor $df = 3$ bij $\alpha .001$), wat een indicatie is dat er geen sprake is van multivariate uitbijters. De maximale mahalanobis distance is 14,347.

Deel 2: De mahalanobis afstand is voor alle variabelen $< 13,82$ (voor $df = 2$ bij $\alpha .001$), wat een indicatie is dat er geen sprake is van multivariate uitbijters. De maximale mahalanobis distance is 11,223.

- Geen multicollineariteit

Deel 1: VIF waarden lopen van 1,540 tot 1,650 < 5 dus voldaan aan deze voorwaarde.

Deel 2: VIF waarden zijn beide 1,097 < 5 dus voldaan aan deze voorwaarde.

- Normale verdeling, lineair verband en homoscedasticiteit van residuen

Deel 1: Uit de P-P plot is af te lezen dat de residuen redelijk normaal zijn verdeeld. De scatterplot doet echter twijfelen of er voldaan is aan deze voorwaarde; de punten zijn redelijk verspreid maar hebben een lichte tendens naar rechtsonder.

Deel 2: Uit de P-P plot is af te lezen dat de normale verdeling tussen residuen zeer twijfelachtig is. De punten op de scatterplot zijn ook hier verspreid met een lichte tendens naar rechtsonder. Er is dus niet helemaal voldaan aan deze voorwaarde.

Toets

Er is gebruik gemaakt van twee multi-pele regressieanalyses, ondanks dat niet aan alle voorwaarden is voldaan. Voor deze toets bestaat geen andere variant die in het kader van deze onderzoeksvraag beter passend was. De data zijn dus minder robuust, maar worden wel geïnterpreteerd.

De variabelen zijn gelijktijdig toegevoegd ('forced entry').

Resultaat

Deel 1: De ANOVA-tabel illustreert dat het model significant is. De coëfficiënten mogen nu geïnterpreteerd worden. Gezamenlijk verklaren attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole 66,1% van de gedragsintentie (om richtlijnen te gebruiken)

($R^2 = .661$, deze proportie variantie was significant $F(3, 93) = 60,487$, $p < .001$).

Deel 2: De ANOVA-tabel illustreert dat het model significant is. De coëfficiënten mogen nu geïnterpreteerd worden. Gezamenlijk verklaren waargenomen gedragscontrole en gedragsintentie 26,7% van het richtlijngebruik, $R^2 = .267$, deze proportie variantie was significant $F(2, 94) = 17,084$, $p < .001$. Dit is te vinden in de model summary, verdere interpretatie is te vinden in de resultatensectie. Om de sr^2 (gekwadrateerde semi-partiële correlaties) te berekenen zijn de 'part' correlaties uit de output steeds gekwadrateerd.

Onderzoeksvraag 2

"In hoeverre is vervulling van de psychologische basisbehoeften uit de zelfdeterminatietheorie voorspellend voor richtlijngebruik?"

Gemeten op intervalniveau, waarbij de beoogde toets en hiërarchische regressieanalyse is.

Stap 2: De vragen 34, 35, 38, 39, 41, 44, 46 en 48 moeten worden gehercodeerd omdat deze verschillend gesteld zijn dan de rest van de bijbehorende vragenlijst. Dit wordt gedaan via transform -> recode into same variables.

Stap 3: Meetniveau bekijken. Het meetniveau is scale (interval) wat inhoudt dat men gemiddelden mag berekenen op basis van deze data.

Stap 4: Controleren betrouwbaarheid schaal

De betrouwbaarheid van de mogelijke schalen wordt bekeken, via Analyze > Scale > Reliability analysis.

Vraag 33 t/m 38: $\alpha = 0,800 > 0,70$ dus de schaal is betrouwbaar (autonomie)

Vraag 39 t/m 43: $\alpha = 0,687 < 0,70$ dus de schaal is iets minder betrouwbaar (competentie)

Wanneer vraag 40 verwijderd zou worden, is deze nog op te schroeven naar 0,695. Omdat er maar 5 vragen zijn laten we deze toch staan.

Vraag 44 t/m 49: $\alpha = 0,837 > 0,70$ dus de schaal is betrouwbaar (verbondenheid)

Stap 5: Schaal maken

Met transform > compute variable > mean.2 worden alle bovenstaande schalen gecreëerd. .2 staat ervoor dat er pas een gemiddeld wordt berekend als er 2 scores zijn.

Stap 6: Voorwaarden checken

- Ratio N:k = 50 + 8 (k)

Er zijn 3 voorspellers (k): autonomie, competentie en verbondenheid

$50 + 8 \times 3 = 74$. Voldaan hieraan met x respondenten.

- Normale verdeling variabelen in model en uitbijters

Autonomie: De Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilk toets zijn significant ($p = .006$ / $p = .015$) dus er is waarschijnlijk geen normaalverdeling. De boxplot en het histogram zien er toch redelijk normaal verdeeld uit.

De verdeling van deze variabele is heel mild rechtsscheef.

Scheefheid en spitsheid:

Skewness: -0,353 S.E. Skewness: 0,250 Z Skewness: $-0,353:0,250 = -1,412$

Kurtosis: -0,550 S.E. Kurtosis: 0,495 Z Kurtosis: $-0,550:0,495 = -1,11$

De Z van skewness en kurtosis is $< 1,96$, dus er wordt aangenomen dat er wel sprake is van een normale verdeling.

Er zijn geen uitbijters.

Competentie: De Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilk toets zijn significant ($p = < .001$ / $p = .012$) dus er is waarschijnlijk geen normaalverdeling. De boxplot en het histogram zien er toch redelijk normaal verdeeld uit.

Scheefheid en spitsheid:

Skewness: -0,189 S.E. Skewness: 0,250 Z Skewness: $-0,189:0,250 = -0,756$

Kurtosis: -0,095 S.E. Kurtosis: 0,495 Z Kurtosis: $-0,095:0,495 = -1,92$

De Z van skewness en kurtosis is $< 1,96$, dus er wordt aangenomen dat er wel sprake is van een normale verdeling.

Er zijn geen uitbijters.

Verbondenheid: De Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilk toets zijn significant ($p = < .005$ voor beide) dus er is waarschijnlijk geen normaalverdeling. De boxplot en het histogram zien er toch redelijk normaal verdeeld uit.

Deze variabele is mild rechtsscheef.

Scheefheid en spitsheid:

Skewness: -0,620 S.E. Skewness: 0,250 Z Skewness: $-0,620:0,250 = -2,48$

Kurtosis: 0,111 S.E. Kurtosis: 0,495 Z Kurtosis: $0,111:0,495 = 0,22$

De Z van skewness $> 1,96$, dus er is sprake van een scheve verdeling. Er is niet helemaal voldaan aan deze voorwaarde.

Er zijn 2 uitbijters: Respondenten 120 en 198.

De mahalanobis afstand is voor alle variabelen $< 16,27$ (voor $df = 3$ bij $\alpha .001$), wat een indicatie is dat er geen sprake is van multivariate uitbijters.

- Geen multicollineariteit

VIF waarden lopen van 1,261 tot 1,311 < 5 dus voldaan aan deze voorwaarde.

- Normale verdeling, lineair verband en homoscedasticiteit van residuen

Uit de P-P plot is af te lezen dat de residuen redelijk normaal zijn verdeeld. De scatterplot doet echter twijfelen of er voldaan is aan deze voorwaarde; de punten zijn enigszins verspreid maar vormen wel een patroon met een tendens naar rechtsonder. Er is dus niet helemaal voldaan aan deze voorwaarde.

Toets

Er is gebruik gemaakt van een multiële regressie, ondanks dat niet aan alle voorwaarden is voldaan. Voor deze toets bestaat geen andere variant die in het kader van deze onderzoeksvraag beter passend was. De data zijn dus minder robuust, maar worden wel geïnterpreteerd.

Resultaat

De ANOVA-tabel illustreert dat het model significant is. De coëfficiënten mogen nu geïnterpreteerd worden. Gezamenlijk verklaren de vervulling van de behoeften aan autonomie, competentie en verbondenheid 12,6% van het richtlijngebruik ($R^2 = .126$), deze proportie variantie was significant $F(3, 89) = 4,264$, $p < .05$. Verdere toelichting is te vinden in de resultatensectie.

Onderzoeksvraag 3

“Welk soort motivatie uit de zelfdeterminatietheorie is voorspellend voor richtlijngebruik?”

Gemeten op intervalniveau, waarbij de beoogde toets en multiële regressieanalyse is.

Stap 2: Geen van de vragen op de MAWS behoeven hercodering, deze zijn allen positief geformuleerd.

Stap 3: Meetniveau bekijken. Het meetniveau is scale (interval) wat inhoudt dat men gemiddelden mag berekenen op basis van deze data.

Stap 4: Controleren betrouwbaarheid schaal

De betrouwbaarheid van de mogelijke schalen wordt bekeken,
via Analyze > Scale > Reliability analysis.

Vraag 50 t/m 52: $\alpha = 0,800 > 0,70$ dus de schaal is betrouwbaar (intrinsiek)

Vraag 53 t/m 55: $\alpha = 0,679 < 0,70$ dus de schaal is iets minder betrouwbaar, maar deze waarde is vrij acceptabel bij slechts 3 vragen (introjectie)

Vraag 56 t/m 58: $\alpha = 0,789 > 0,70$ dus de schaal is betrouwbaar (identificatie)

Vraag 59 t/m 61: $\alpha = 0,587 < 0,70$ dus de schaal is minder betrouwbaar (externe regulatie)

Stap 5: Schaal maken

Met transform > compute variable > mean.2 worden alle bovenstaande schalen gecreëerd.
.2 staat ervoor dat er pas een gemiddeld wordt berekend als er 2 scores zijn.

Stap 6: Voorwaarden checken

- Ratio N:k = 50 + 8 (k)

Er zijn 4 voorspellers (k): intrinsieke motivatie, identificatie, introjectie en externe regulatie

$50 + 8 \times 4 = 82$. Voldaan met 93 deelnemers op alle vier schalen.

- Normale verdeling variabelen in model en uitbijters

Intrinsiek: De Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilk toets zijn significant ($p = < .001$) dus er is waarschijnlijk geen normaalverdeling. De boxplot en het histogram weergeven dit ook.

De verdeling van deze variabele is rechtsscheef.

Scheefheid en spitsheid:

Skewness: -0,985 S.E. Skewness: 0,250 Z Skewness: $-0,985:0,250 = -3,94$

Kurtosis: 2,002 S.E. Kurtosis: 0,495 Z Kurtosis: $2,002:0,495 = 4,04$

De Z van skewness en kurtosis is $> 1,96$, dus er wordt aangenomen dat er geen sprake is van een normale verdeling. De verdeling is spits en scheef.

Er zijn 5 uitbijters: respondenten 82, 98, 149, 181 en 208.

De mahalanobis afstand is voor alle variabelen $< 18,47$ (voor $df = 4$ bij $\alpha .001$), wat een indicatie is dat er geen sprake is van multivariate uitbijters.

Identificatie: De Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilk toets zijn significant ($p = < .001$ / $p = < .01$) dus er is waarschijnlijk geen normaalverdeling. De boxplot en het histogram zijn twijfelachtig.

De verdeling van deze variabele is mild rechtsscheef.

Scheefheid en spitsheid:

Skewness: -0,113 S.E. Skewness: 0,250 Z Skewness: $-0,113:0,250 = -0,45$

Kurtosis: 0,365 S.E. Kurtosis: 0,495 Z Kurtosis: $0,365:0,495 = 0,74$

De Z van skewness en kurtosis is $< 1,96$, dus er wordt aangenomen dat er wel sprake is van een normale verdeling.

Er zijn geen uitbijters.

Introjectie: De Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilk toets zijn significant ($p = < .001$ / $p = < .01$) dus er is waarschijnlijk geen normaalverdeling. De boxplot en het histogram weergeven dit ook.

De verdeling van deze variabele is linksscheef.

Scheefheid en spitsheid:

Skewness: 0,566 S.E. Skewness: 0,250 Z Skewness: $0,566:0,250 = 2,26$

Kurtosis: 0,457 S.E. Kurtosis: 0,495 Z Kurtosis: $0,457:0,495 = 0,92$

De Z van skewness is $> 1,96$, dus er wordt aangenomen dat er geen sprake is van een normale verdeling.

Er zijn geen uitbijters.

Externe regulatie: De Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilk toets zijn significant ($p = < .01$ / $p = < .05$) dus er is waarschijnlijk geen normaalverdeling. De boxplot en het histogram weergeven dit ook.

De verdeling van deze variabele lijkt mild linksscheef.

Scheefheid en spitsheid:

Skewness: 0,260 S.E. Skewness: 0,250 Z Skewness: $0,260:0,250 = 1,04$

Kurtosis: -0,285 S.E. Kurtosis: 0,495 Z Kurtosis: $-0,285:0,495 = -0,58$

De Z van skewness en kurtosis is $< 1,96$, dus er wordt aangenomen dat er wel sprake is van een normale verdeling.

Er is één uitbijter: respondent 13.

- Geen multicollineariteit

VIF waarden lopen bij al deze variabelen van 1,109 tot 1,568 < 5 dus voldaan aan deze voorwaarde.

- Normale verdeling, lineair verband en homoscedasticiteit van residuen

Uit de P-P plot is af te lezen dat de residuen redelijk normaal zijn verdeeld. De scatterplot doet echter weer twijfelen of er voldaan is aan deze voorwaarde; de punten zijn redelijk verspreid maar hebben een milde tendens naar rechtsonder. Er is dus niet helemaal voldaan aan deze voorwaarde.

Toets

Er is gebruik gemaakt van een multiële regressie, ondanks dat niet aan alle voorwaarden is voldaan.

Voor deze toets bestaat geen andere variant die in het kader van deze onderzoeksvraag beter passend was. De data zijn dus minder robuust, maar worden wel geïnterpreteerd.

Resultaat

De ANOVA-tabel illustreert dat het model significant is. De coëfficiënten mogen nu geïnterpreteerd worden. Gezamenlijk verklaren de deze vormen van motivatie 17,9% van het richtlijngebruik ($R^2 = .179$), deze proportie variantie was significant $F(4, 88) = 4,796$, $p = < .05$. Verdere toelichting is te vinden in de resultatensectie.

Van elk model is ook de effect size (f^2) berekend aan de hand van de volgende formule:

$$f^2 = R^2 / 1 - R^2$$

Onderzoeksvraag 4:

'Hoeveel behandelaars zijn niet bekend met de (inhoud van de) richtlijnen en wat zijn redenen daarvoor?'. In de vragenlijst is gewerkt met een route. Vraag 7 van de vragenlijst is 'Weet u van het bestaan van multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ?' met antwoordmogelijkheden 'Ja' of 'Nee'. Wanneer een behandelaar niet weet van het bestaan van de richtlijnen heeft het geen zin om verder te gaan met de vragenlijst, dus wordt de behandelaar naar het dankwoord en einde van de vragenlijst gestuurd. Van de antwoorden op deze vraag zijn de frequenties bekeken in SPSS.

De route gaat nog verder dan deze vraag. Alle behandelaars kregen later ook de vraag 'Bent u bekend met de inhoud van de richtlijnen?' met de antwoordmogelijkheden 'Ja' of 'Nee'. Alle behandelaars die hier 'nee' invulden kregen een extra vraag: 'Hoe komt het dat u de inhoud van de multidisciplinaire richtlijnen niet kent?'. Vervolgens konden zij meerdere antwoordmogelijkheden aanvinken. Een opsomming van de resultaten van deze extra vraag is te vinden in de resultaten. Deze is gemaakt aan de hand van frequentietabellen over alle antwoordmogelijkheden (die als losse variabelen in de data staan i.v.m. de meerdere antwoorden). Deze vraag en antwoordmogelijkheden zijn afkomstig uit de trendrapportage multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ (Sinnema, Franx & van 't Land 2009).

B *Uitnodiging en instructie*

Uitnodiging per e-mail van de opdrachtgever aan de behandelaren.

Beste Collega,

In samenwerking met Fontys Hogeschool en de Universiteit van Tilburg doe ik onderzoek naar wat hulpverleners vinden van het gebruik van behandelrichtlijnen en hoe ze hun werk ervaren. Ik zou je daarom willen verzoeken een vragenlijstje in te vullen. Het zal minder dan 15 minuten in beslag nemen en je zou ons er erg mee helpen. De uitkomsten kunnen ons helpen om een beter beeld te krijgen over hoe de zorgprocessen in onze GGZ vorm te geven. Gegevens zullen anoniem worden verwerkt. Je kunt de enquête invullen door op onderstaande link te klikken.

<http://www.thesistools.com/web/?id=400800>

Alvast bedankt voor de moeite.

Met vriendelijke groet,

Arno van Dam, Hoofd bureau zorgkwaliteit en innovatie GGZ WNB.

Instructie.

Vragenlijst richtlijngebruik en werkbeleving

Beste behandelaar,

Deze vragenlijst gaat over uw gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ. Er bestaan op dit moment 15 verschillende richtlijnen. Voorbeelden zijn de richtlijnen 'Angststoornissen' en 'Depressie'. Het doel van dit onderzoek is het bekijken welke determinanten voorspellend zijn voor richtlijngebruik.

Lees de volgende instructies a.u.b. aandachtig door:

- Beantwoord alle vragen in de vragenlijst, sla geen vragen over tenzij anders vermeld.
- U kunt de vragenlijst beantwoorden over de richtlijnen die u gebruikt.
- Kies steeds het antwoord wat het meest op u van toepassing is.
- Er is steeds één antwoord mogelijk, tenzij anders is aangegeven.

Het invullen van deze vragenlijst is volledig anoniem en zal ongeveer 15 minuten duren.

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Dankwoord.

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst. U kunt nu dit scherm sluiten.

Thesistools vragenlijst bestaande uit algemene vragen, vragenlijst 'Vragenlijst naar belemmerende en bevorderende factoren voor gebruik van de richtlijn', vragenlijst WMS en vragenlijst MAWS.

Vragenlijst richtlijngebruik en werkbeleving

1.

Wat is uw geslacht? *

☐

Man

☐

Vrouw

2.

Wat is uw leeftijd? *

3. In welke discipline bent u werkzaam (meerdere antwoorden mogelijk)?

☐

Psychiater

☐

Psychiater i.o.

☐

AGNIO

☐

Klinisch psycholoog

☐

Klinisch psycholoog i.o.

☐

GZ-psycholoog

☐

GZ-psycholoog i.o.

☐

Psychotherapeut

☐

Psychotherapeut i.o.

☐

Niet BIG-geregistreerd psycholoog

☐

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige

- ☐ Psychiatrisch verpleegkundige
- ☐ Verpleegkundig specialist
- ☐ Verpleegkundige
- ☐ Maatschappelijk werkende
- ☐ Begeleider niveau 4
- ☐ Begeleider niveau 5
- ☐ Anders

4. Hoeveel jaar werkt u al in uw huidige functie? *

5. Welk soort hulpverlening biedt u (meerdere antwoorden mogelijk)?

- ☐ Klinisch
- ☐ Ambulant

6. Met welke doelgroep(en) werkt u (meerdere antwoorden mogelijk)?

- ☐ Jeugd
- ☐ Ouderen
- ☐ Volwassenen veranderingsgericht
- ☐ Volwassenen EPA
- ☐ Forensisch

7. Weet u van het bestaan van multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee (route -> einde vragenlijst)

8. Heeft u beschikking tot (een van de) richtlijnen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

9. Bent u bekend met de inhoud van de richtlijnen? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee (route -> vraag 10)

10. Hoe komt het dat u de inhoud van de multidisciplinaire richtlijnen niet kent?

- ☐ ik ben wel geïnteresseerd maar kan ze niet vinden
- ☐ ik heb ze niet nodig
- ☐ ik volg zelf de literatuur
- ☐ ik heb mijn eigen richtlijnen
- ☐ anders

11. Hoe beoordeelt u zelf uw kennis van de inhoud van de multidisciplinaire richtlijnen?

Slecht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Goed

12. Hoe vaak gebruikt u de richtlijn(en) nu bij de behandeling van patiënten?

Nooit ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Altijd

De volgende vragen gaan over uw gedragsintentie en achterliggende determinanten.

13. Ik vind werken volgens de richtlijn verstandig

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

14. Ik vind werken volgens de richtlijn goed

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

15. Handelen volgens de richtlijn vind ik bevorderlijk voor de kwaliteit van mijn werk

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

16. Het toepassen van de richtlijn maakt het werk als hulpverlener voor elkaar en voor de buitenwereld meer transparant

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

17. Ik verwacht dat de zorg voor patiënten door het gebruik van de richtlijnen beter wordt

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

18. Mijn patiënten vinden dat zij behandeld zouden moeten worden volgens de richtlijn

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

19. Mijn beroepsgenoten vinden dat ik volgens de richtlijnen moet werken

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

20. Collega's binnen mijn team vinden dat ik volgens de richtlijn moet werken

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

21. Mijn leidinggevend vinden dat ik volgens de richtlijn moet werken

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

22. Binnen de beroepsvereniging, waar ik het meeste affiniteit mee heb, vindt men dat patiënten volgens de richtlijn behandeld zouden moeten worden

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

23. Ik ben in staat mijn werk zodanig te organiseren dat ik deze richtlijn toe kan passen

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

24. Ik ben in staat om de gekozen behandelfocus, vast te houden gedurende meerdere opeenvolgende behandelcontacten.

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

25. Ik ben in staat om de richtlijn toe te passen

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

26. Het is voor mij moeilijk om mijn normale werkwijze af te stemmen op het gebruik van de richtlijn

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

27. Patiënten willen niet volgens de in de richtlijn aanbevolen aanpak behandeld worden

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

28. Mijn voornemen is om de richtlijn bij de behandeling van het merendeel van mijn patiënten te gaan (of blijven) gebruiken

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

29. Het is mijn streven om de richtlijn na te gaan (blijven) leven, bij het gros van de patiënten die ik in behandeling heb

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

30. Ik verwacht dat ik de aanbevelingen uit de richtlijn, bij de meeste patiënten ga (blijf) toepassen

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

31. Ik denk dat ik in de meeste gevallen gebruik zal gaan (blijven) maken van de richtlijn

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

32. Ik ga of (blijf) de meeste behandelingen conform de aanbevelingen uit de richtlijn vormgeven

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

De volgende vragen gaan over uw psychologische basisbehoeften op het werk.

33. Ik heb het gevoel dat ik mijzelf kan zijn op mijn werk

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

34. Op mijn werk heb ik vaak het gevoel dat ik moet doen wat anderen van mij willen

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

35. Als ik mocht kiezen, dan zou ik mijn werk anders aanpakken.

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

36. Mijn taken op het werk stemmen overeen met wat ik echt wil doen

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

37. Ik voel me vrij mijn werk te doen zoals ik denk dat het goed is

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

38. Op mijn werk, voel ik me gedwongen dingen te doen die ik niet wil doen

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

39. Ik voel me niet echt competent in mijn werk.

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

40. Ik heb de taken op mijn werk goed onder de knie

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

41. Ik twijfel eraan of ik mijn werk goed kan uitvoeren

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

42. Ik ben goed in mijn werk

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

43. Ik heb het gevoel dat ik ook de moeilijke taken op mijn werk tot een goed einde kan brengen

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

44. Ik voel niet echt een band met de andere mensen op mijn werk

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

45. Ik voel me een deel van een groep op mijn werk

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

46. Ik ga niet echt met de andere mensen op mijn werk om

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

47. Ik kan met anderen op het werk praten over wat ik echt belangrijk vind

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

48. Ik voel me vaak alleen als we onder collega's zijn

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

49. De mensen op mijn werk zijn echte vrienden

Zeer mee oneens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Zeer mee eens

De volgende vragen gaan over uw werkmotivatie.

Geef alstublieft voor elk van onderstaande uitspraken op de schaal aan, in welke mate zij overeen komen met een van de redenen waarom u dit specifieke werk wilt doen.

Ik doe dit werk...

50. Omdat ik erg geniet van dit werk

Helemaal niet ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Helemaal wel

51. Omdat ik het leuk vindt dit werk te doen

Helemaal niet ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Helemaal wel

52. Voor de momenten van plezier die deze baan me brengt

Helemaal niet ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Helemaal wel

53. Omdat deze baan me toestaat om mijn levensdoelen te bereiken

Helemaal niet ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Helemaal wel

54. Omdat deze baan mijn carrièreplannen vervult

Helemaal niet ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Helemaal wel

55. Omdat deze baan bij mijn persoonlijke waarden past

Helemaal niet ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Helemaal wel

56. Omdat ik goed moet zijn in mijn werk, ik moet succesvol zijn

Helemaal niet ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Helemaal wel

57. Omdat mijn werk mijn leven is, en ik niet wil falen

Helemaal niet ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Helemaal wel

58. Omdat mijn reputatie ervan afhangt

Helemaal niet ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Helemaal wel

59. Omdat deze baan me een zekere levensstandaard biedt

Helemaal niet ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Helemaal wel

60. Omdat deze baan me in staat stelt om veel geld te verdienen

Helemaal niet ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Helemaal wel

61. Ik doe dit werk voor het salaris

Helemaal niet ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Helemaal wel

Tot slot zijn er nog enkele open vragen wat betreft uw visie op het stimuleren van richtlijngebruik. Het invullen van deze vragen is optioneel.

62. Wat zijn de belangrijkste factoren die voor u belemmerend werken in het toepassen van de multidisciplinaire richtlijn?

63. Welke zaken zijn volgens u van belang om tot het beter/meer gebruiken van richtlijnen te komen?

64. Mijn overige opmerkingen zijn:

De oorspronkelijke vragenlijsten:

‘Vragenlijst naar belemmerende en bevorderende factoren voor gebruik van de richtlijn’ (Van Dijk, Verbraak, Oosterbaan & van Balkom, 2008)

1.	Bent u in het bezit van een exemplaar van de richtlijn?	☐ <i>ja</i>	☐ <i>nee</i>			
2.	Bent u in het bezit van een samenvatting van de richtlijn?	☐ <i>ja</i>	☐ <i>nee</i>			
		<i>niet</i>	<i>nauwe-lijks</i>	<i>deels</i>	<i>groten-deels</i>	<i>in zijn geheel</i>
3.	In hoeverre heeft u de richtlijn gelezen?	☐	☐	☐	☐	☐
		<i>slecht</i>	<i>matig</i>	<i>redelijk</i>	<i>goed</i>	<i>zeer goed</i>
4.	Hoe beoordeelt u zelf uw kennis van de inhoud van de richtlijn?	☐	☐	☐	☐	☐
		<i>nooit</i>	<i>soms</i>	<i>regelmatig</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
5.	Hoe vaak gebruikt u de richtlijn nu bij de behandeling van patiënten?	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Ik vind werken volgens de richtlijn:</i>	<i>zeer mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>eens noch oneens</i>	<i>mee eens</i>	<i>zeer mee eens</i>
6.	verstandig	☐	☐	☐	☐	☐
7.	goed	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>In hoeverre bent u het met de volgende uitspraak eens?</i>	<i>zeer mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>eens noch oneens</i>	<i>mee eens</i>	<i>zeer mee eens</i>
8.	Handelen volgens de richtlijn vind ik bevorderlijk voor de kwaliteit van	☐	☐	☐	☐	☐

	mijn werk					
9.	Mijn patiënten vinden dat zij behandeld zouden moeten worden volgens de richtlijn	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Mijn voornemen is om de richtlijn bij de behandeling van het merendeel van mijn patiënten met een angststoornis te gaan (of blijven) gebruiken	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Ik ben in staat mijn werk zodanig te organiseren dat ik deze richtlijn toe kan passen	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Ik ben in staat om de gekozen behandelfocus, vast te houden gedurende meerdere opeenvolgende behandelcontacten	☐	☐	☐	☐	☐
13.	Mijn beroepsgenoten vinden dat ik volgens de richtlijn moeten werken	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Het is mijn streven om de richtlijn na te gaan (blijven) leven, bij het gros van de patiënten die ik in behandeling heb	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>In hoeverre bent u het met de volgende uitspraak eens?</i>	<i>zeer mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>eens noch oneens</i>	<i>mee eens</i>	<i>zeer mee eens</i>
15.	Ik ben in staat om de richtlijn toe te passen	☐	☐	☐	☐	☐
16.	Collega's binnen mijn team vinden dat ik volgens de richtlijn moet	☐	☐	☐	☐	☐

	werken					
17.	Mijn leidinggevendenden vinden dat ik volgens de richtlijn moet werken	☐	☐	☐	☐	☐
18.	Ik verwacht dat ik de aanbevelingen uit de richtlijn, bij de meeste patiënten ga (blijf) toepassen	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Het is voor mij moeilijk om mijn normale werkwijze af te stemmen op het gebruik van de richtlijn	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Ik denk dat ik in de meeste gevallen gebruik zal gaan (blijven) maken van de richtlijn	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Het toepassen van de richtlijn maakt het werk als hulpverlener voor elkaar en voor de buitenwereld meer transparant	☐	☐	☐	☐	☐
22.	Binnen de beroepsvereniging, waar ik het meeste affiniteit mee heb, vindt men dat patiënten volgens de richtlijn behandeld zouden moeten worden	☐	☐	☐	☐	☐
23.	Patiënten willen niet volgens de in de richtlijn aanbevolen aanpak behandeld worden	☐	☐	☐	☐	☐
24.	Ik ga of (blijf) de meeste behandelingen conform de aanbevelingen uit de richtlijn vormgeven	☐	☐	☐	☐	☐
25.	Ik verwacht dat de zorg voor patiënten met een angststoornis door het gebruik van de richtlijn	☐	☐	☐	☐	☐

	beter wordt					
--	-------------	--	--	--	--	--

‘Work-related Basic Need Satisfaction scale’ (van den Broeck, Vansteenkiste, de Witte, Soenens & Lens, 2010)

De volgende uitspraken gaan over hoe u uw werk beleeft. Wilt u aangeven in welke mate u akkoord gaat met deze stellingen door steeds het best passende cijfer van 1 tot 5 te omcirkelen?

1	2	3	4	5
Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Beetje niet akkoord/ beetje akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord

Autonomy Satisfaction

- Ik heb het gevoel dat ik mezelf kan zijn in mijn job
- Op mijn werk heb ik vaak het gevoel dat ik moet doen wat anderen mij bevelen.
- Als ik mocht kiezen, dan zou ik mijn werk anders aanpakken
- Mijn taken op het werk stemmen overeen met wat ik echt wil doen
- Ik voel me vrij mijn werk te doen zoals ik denk dat het goed is
- Op mijn werk, voel ik me gedwongen dingen te doen die ik niet wil doen

Competence Satisfaction

- Ik voel me niet echt competent in mijn job
- Ik heb de taken op mijn werk goed onder de knie
- Ik voel me bekwaam in mijn werk
- Ik twijfel eraan of ik mijn werk goed kan uitvoeren
- Ik ben goed in mijn job

Relatedness Satisfaction

- Ik heb het gevoel dat ik ook de moeilijke taken op mijn werk tot een goed einde kan brengen
- Ik voel niet echt een band met de andere mensen op mijn werk
- Ik voel me een deel van een groep op het werk
- Ik ga niet echt met de andere mensen op mijn werk om
- Ik kan met anderen op het werk praten over wat ik echt belangrijk vind
- Ik voel me vaak alleen als we onder collega's zijn

The motivation at work scale (Gagné, Forest, Gilbert, Aubé, Morin & Marloni, 2010)

Intrins1 Because I enjoy this work very much

Intrins2 Because I have fun doing my job

Intrins3 For the moments of pleasure that this job brings me

Ident1 I chose this job because it allows me to reach my life goals

Ident2 Because this job fulfills my career plans

Ident3 Because this job fits my personal values

Intro1 Because I have to be the best in my job, I have to be a “winner”

Intro2 Because my work is my life and I don’t want to fail

Intro3 Because my reputation depends on it

Ext1 Because this job affords me a certain standard of living

Ext2 Because it allows me to make a lot of money

Ext3 I do this job for the paycheck

Note: The stem is “Using the scale below, please indicate for each of the following statements to what degree they presently correspond to one of the reasons for which you are doing this specific job” and is accompanied by the scale 1= *not at all*; 2= *very little*; 3 = *a little*; 4 = *moderately*; 5 = *strongly*; 6 = *very strongly*; 7= *exactly*.

	Professioneel/ maatschappeli jk belang	Respectvol	Zorgvuldig	Integer	Verantwoording keuzes en gedrag
	Ik richt me op	Ik houd rekening met	Ik neem in overweging	Ik ben	Ik verantwoord mij over
Probleem- en vraagstelling	Het toepassen van de multidisciplinair e ggz-richtlijnen door behandelaren tijdens het werken met cliënten	De belangen of zienswijzen van behandelar en, de GGZ en patiënten	Of er negatieve effecten zijn voor een van deze groepen	Kritisch wat betreft de beleidsvra ag en versterkte informatie	De relevantie van dit thema voor praktijk en maatschappij (in aanleiding)
Onderzoeksvoor stel	Het toepassen van de multidisciplinair e ggz-richtlijnen door behandelaren tijdens het werken met cliënten	De belangen of zienswijzen van behandelar en, de GGZ en patiënten	Of er negatieve effecten zijn voor een van deze groepen	Kritisch wat betreft de beleidsvra ag en versterkte informatie	De relevantie van dit thema voor praktijk en maatschappij (in voorstel kort beschreven)
Literatuuronderz oek	Gedocumentee rde wetenschappelij ke kennis over het onderwerp	Verschillend e zienswijzen en theorieën	Verschillende onderzoeksresulta ten en kennis	Eerlijk en duidelijk over de bronnen die ik gebruik	Zoeken en selecteren/gebrui ken van deze bronnen (in methode en lit. lijst)

	Professioneel/ maatschappelijk belang	Respectvol	Zorgvuldig	Integer	Verantwoording keuzes en gedrag
	Ik richt me op	Ik houd rekening met	Ik neem in overweging	Ik ben	Ik verantwoord mij over
Uitvoering onderzoek	Het onderzoeken in de complexe beroepspraktijk	Risico's, belangen en mijn invloed als onderzoeker. Wanneer er problemen voorvallen wordt medisch-ethische commissie betrokken.	Opvattingen, waarden en regels over de methode van onderzoek	Aanspreekbaar op al mijn handelingen tijdens dit onderzoek	De wijze waarop dit onderzoek is uitgevoerd
Dataverzameling	Effectief en efficiënt data verzamelen	Anonimiteit en privacy van alle partijen	Regels wat betreft het verzamelen en bewaren van data	Autonoom en objectief in het beoordelen van de data	Wijze van data-verzameling
Analyses	Het duidelijk maken waaraan gewerkt kan worden om het toepassen van richtlijnen te verbeteren	Inzichten die verschillende wijzen van analyse kunnen opleveren	Regels wat betreft het analyseren van (dit soort) data	Autonoom en objectief in het beoordelen van de data	Wijze van data-analyse

	Professioneel/ maatschappelijk belang	Respectvol	Zorgvuldig	Integer	Verantwoording keuzes en gedrag
	Ik richt me op	Ik houd rekening met	Ik neem in overweging	Ik ben	Ik verantwoord mij over
Rapportage	Bruikbaarheid en leesbaarheid voor opdrachtgever en opleiding, nieuwe inzichten	Belangen en privacy van alle betrokkenen	Dat de rapportage een juist beeld schept van de werkelijkheid, waarbij resultaten doordracht worden geformuleerd	Onpartijdig in deze rapportage, waarbij ik niets bewust weglaat zonder argumentatie	Onderbouwing van conclusie en discussie in relatie tot de vraagstelling
Advies uitbrengen	Bruikbaarheid van de resultaten voor de opdrachtgever in de praktijk	Kwaliteit van het advies laten aansluiten bij verwachting van de opdrachtgever	Dat ik de resultaten zo goed mogelijk vertaal naar de praktijk	Hierin zonder oordeel en eerlijk.	De manier waarop de resultaten gebruikt kunnen worden in de praktijk

E Beschrijvende statistiek

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Wat is uw geslacht?	212	1	2	1,79	,407
Wat is uw leeftijd?	212	20	63	43,30	12,095
Hoeveel jaar werkt u al in uw huidige functie?	211	0	42	10,89	9,745
Weet u van het bestaan van multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ?	212	1	2	1,22	,416
Bent u bekend met de inhoud van de richtlijnen? *	155	1	2	1,34	,476
Hoe komt het dat u de inhoud van de multidisciplinaire richtlijnen niet kent? :Interesse, maar kan niet vinden	47	0	1	,32	,471
Hoe komt het dat u de inhoud van de multidisciplinaire richtlijnen niet kent? :Niet nodig	47	0	1	,15	,360
Hoe komt het dat u de inhoud van de multidisciplinaire richtlijnen niet kent? :Volg zelf de literatuur	47	0	1	,09	,282
Hoe komt het dat u de inhoud van de multidisciplinaire richtlijnen niet kent? :Heb eigen richtlijnen	47	0	1	,06	,247
Hoe komt het dat u de inhoud van de multidisciplinaire richtlijnen niet kent? :Anders	47	0	1	,51	,505
Hoe vaak gebruikt u de richtlijn(en) nu bij de behandeling van patiënten?	133	1	5	2,89	1,020
Ik vind werken volgens de richtlijn verstandig	100	2	5	3,91	,668
Ik vind werken volgens de richtlijn goed	100	2	5	3,84	,692
Handelen volgens de richtlijn vind ik bevorderlijk voor de kwaliteit van mijn werk	99	1	5	3,75	,774
Het toepassen van de richtlijn maakt het werk als hulpverlener voor elkaar en voor de buitenwereld meer transparant	99	2	5	3,94	,740

Ik verwacht dat de zorg voor patiënten door het gebruik van de richtlijnen beter wordt	96	1	5	3,52	,846
Mijn patiënten vinden dat zij behandeld zouden moeten worden volgens de richtlijn	97	1	5	2,71	,877
Mijn beroepsgenoten vinden dat ik volgens de richtlijnen moet werken	97	1	5	3,40	,812
Collega's binnen mijn team vinden dat ik volgens de richtlijn moet werken	93	1	5	3,38	,988
Mijn leidinggevend vinden dat ik volgens de richtlijn moet werken	97	1	5	3,73	1,066
Binnen de beroepsvereniging, waar ik het meeste affiniteit mee heb, vindt men dat patiënten volgens de richtlijn behandeld zouden moeten worden	94	1	5	3,66	,934
Ik ben in staat mijn werk zodanig te organiseren dat ik deze richtlijn toe kan passen	94	1	5	3,51	,877
Ik ben in staat om de gekozen behandelingsfocus, vast te houden gedurende meerdere opeenvolgende behandelcontacten.	98	2	5	3,81	,795
Ik ben in staat om de richtlijn toe te passen	96	1	5	3,85	,846
Het is voor mij moeilijk om mijn normale werkwijze af te stemmen op het gebruik van de richtlijn	93	1	5	3,31	,955
Patiënten willen niet volgens de in de richtlijn aanbevolen aanpak behandeld worden	95	1	5	3,22	,877
Mijn voornemen is om de richtlijn bij de behandeling van het merendeel van mijn patiënten te gaan (of blijven) gebruiken	96	1	5	3,71	,739
Het is mijn streven om de richtlijn na te gaan (blijven) leven, bij het gros van de patiënten die ik in behandeling heb	93	1	5	3,62	,833

Ik verwacht dat ik de aanbevelingen uit de richtlijn, bij de meeste patiënten ga (blijf) toepassen	94	2	5	3,60	,794
Ik denk dat ik in de meeste gevallen gebruik zal gaan (blijven) maken van de richtlijn	97	1	5	3,59	,839
Ik ga of (blijf) de meeste behandelingen conform de aanbevelingen uit de richtlijn vormgeven	97	1	5	3,69	,808
Ik heb het gevoel dat ik mijzelf kan zijn op mijn werk	94	2	5	4,00	,803
Op mijn werk heb ik vaak het gevoel dat ik moet doen wat anderen van mij willen	94	1	5	3,32	1,070
Als ik mocht kiezen, dan zou ik mijn werk anders aanpakken.	94	1	5	3,13	1,119
Mijn taken op het werk stemmen overeen met wat ik echt wil doen	93	1	5	3,42	,959
Ik voel me vrij mijn werk te doen zoals ik denk dat het goed is	91	1	5	3,52	,899
Op mijn werk, voel ik me gedwongen dingen te doen die ik niet wil doen	92	1	5	3,57	1,072
Ik voel me niet echt competent in mijn werk.	93	1	5	4,16	,863
Ik heb de taken op mijn werk goed onder de knie	92	1	5	3,98	,756
Ik twijfel eraan of ik mijn werk goed kan uitvoeren	92	1	5	3,82	,960
Ik ben goed in mijn werk	91	2	5	3,99	,658
Ik heb het gevoel dat ik ook de moeilijke taken op mijn werk tot een goed einde kan brengen	90	2	5	3,91	,612
Ik voel niet echt een band met de andere mensen op mijn werk	90	2	5	4,26	,842
Ik voel me een deel van een groep op mijn werk	92	2	5	3,92	,842
Ik ga niet echt met de andere mensen op mijn werk om	92	1	5	4,04	1,026
Ik kan met anderen op het werk praten over wat ik echt belangrijk vind	94	2	5	3,98	,855
Ik voel me vaak alleen als we onder collega's zijn	93	1	5	4,27	,849

De mensen op mijn werk zijn echte vrienden	93	1	5	2,58	,876
Omdat ik erg geniet van dit werk	94	1	5	4,00	,830
Omdat ik het leuk vindt dit werk te doen	94	2	5	4,18	,639
Voor de momenten van plezier die deze baan me brengt	94	1	5	3,83	,946
Omdat deze baan me toestaat om mijn levensdoelen te bereiken	92	1	5	3,38	,936
Omdat deze baan mijn carriëreplannen vervult	93	1	5	3,34	1,005
Omdat deze baan bij mijn persoonlijke waarden past	90	2	5	3,91	,713
Omdat ik goed moet zijn in mijn werk, ik moet succesvol zijn	92	1	5	2,88	1,025
Omdat mijn werk mijn leven is, en ik niet wil falen	92	1	5	2,15	,983
Omdat mijn reputatie ervan afhangt	94	1	5	1,87	,845
Omdat deze baan me een zekere levensstandaard biedt	92	1	5	3,23	1,080
Omdat deze baan me in staat stelt om veel geld te verdienen	94	1	5	2,04	1,135
Ik doe dit werk voor het salaris	93	1	4	2,13	,947
Attitude	100	1,75	5,00	3,7875	,60140
SubjNorm	99	1,60	5,00	3,3796	,70678
Controle	98	2,00	5,00	3,5544	,60247
Intentie	98	1,40	5,00	3,6372	,73282
Autonomie	94	2,00	4,83	3,4956	,71090
Competentie	93	2,80	5,00	3,9688	,52724
Verbondenheid	94	2,17	5,00	3,8376	,62252
Intrins	94	1,67	5,00	4,0035	,68869
Ident	93	1,67	5,00	3,5341	,70091
Intro	94	1,00	5,00	2,2979	,80243
Ext	94	1,00	4,67	2,4486	,80472
Beroep	212	1,00	10,00	7,0519	2,21630
Valid N (listwise)	19				

F Begrippenlijst

GGZ	Afkorting voor geestelijke gezondheidszorg, vakgebied binnen de gezondheidszorg dat zich bezighoudt met de psychische gezondheid van mensen.
GGZ-instelling	Instelling voor geestelijke gezondheidszorg.
Multidisciplinair	Heeft betrekking op verschillende disciplines (beroepsgroepen).
Evidence-based	Gebaseerd op (het beste) wetenschappelijk bewijs.
Richtlijn	Binnen dit onderzoek: voorschrift dat behandelaren adviseert over specifiek gedrag tijdens cliëntcontacten.
Behandelaren	Binnen dit onderzoek: alle werkzame personen binnen GGZ WNB die cliënten (ambulant/klinisch) behandelen.
Gedrag	alle zintuiglijk waarneembare activiteiten van of binnen een individu of een verzameling individuen bij het bereiken van een bepaald doel.
Attitude	De houding die men heeft tegenover mensen of gebeurtenissen.
Subjectieve norm	De ervaren sociale druk om gedrag wel of niet uit te voeren.
Waargenomen gedragscontrole	De verwachte moeite of gemak waarmee het gedrag kan worden uitgevoerd.
Gedragsintentie	De mate waarin iemand van plan is om bepaald gedrag uit te voeren.
Motivatie	Het proces dat de aanzet, richting, intensiteit en de duur van gedrag bepaalt bij het willen bereiken van een bepaald doel.
Autonomie	Het ervaren gevoel van vrijwilligheid en psychologische vrijheid.
Competentie	Het ervaren gevoel van effectiviteit.
Verbondenheid	De mate waarin iemand zich geliefd en verwant voelt met andere mensen.
Introjectie	Regulering van gedrag door middel van de eigenwaarde van een persoon.
Identificatie	Regulering van gedrag door de mate waarin dit gedrag past bij de persoonlijke doelen en identiteit van de persoon die het gedrag uitvoert.
Integratie	Regulering van gedrag door de mate waarin dit gedrag past bij de interesses en waarden van de persoon die het gedrag uitvoert.
Valentie	De affectieve oriëntatie die een persoon heeft naar een bepaalde gedragsuitkomst.
Instrumentaliteit	De verwachting dat een bepaalde prestatie zal leiden tot een bepaald resultaat.
Gedragsveranderingsproces	Het verloop van de verandering van menselijk gedrag.
Innovatie	Een vernieuwing of verbetering die vaak plaatsvindt binnen een organisatie. Heeft betrekking op nieuwe mogelijkheden, processen of producten.
Adopters	Verwijst naar een groep personen die zich een innovatie eigen maken ('adopter').

Zoekterm(en)	Hits	Zoekma chine	Database	Overig	Titel (+ auteur)	Soort
Vanaf de website van Trimbos instituut als gratis download; onderdeel van aanleiding	-	-	-	www.trimbos.nl	'Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ' (Sinnema, Franx & van 't Land, 2009).	Trend - rapportage
Verkregen vanuit opdrachtgever als extra informatie bij de aanleiding	-	-	-	-	'Ten years of multidisciplinary guidelines in the Netherlands' (Franx, Niesink, Swinkels, Burgers, Wensing & Grol, 2011).	Artikel
Informatie vanaf website trimbos	-	-	-	www.trimbos.nl	'Over multidisciplinaire richtlijnen'	Website
Vanaf de website van Trimbos instituut als gratis download;	-	-	-	www.trimbos.nl	'Quality improvement in mental healthcare' (Franx, 2012).	Proefschrift doctoraal
Sneeuwbalmethode: Gevonden in bronnen van 'Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ'	-	-	-	-	'Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a meta review.' (Francke et al., 2008).	Meta-review
Sneeuwbalmethode: Gevonden in bronnen van 'Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ'	-	-	-	-	Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg (Grol & Wensing, 2006).	Boek
Sneeuwbalmethode: Gevonden in bronnen van 'Multidisciplinaire	-	-	-	-	'Evidence-based richtlijnontwikkeling: een	Boek

richtlijnen in de GGZ'					leidraad voor de praktijk' (Everdingen, Burgers & Assendelft, 2004).	
Motivatatie werk	24.400	Google scholar - > selfdetermination theory.org			"De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer" (Van den Broek et al.)	Artikel
Gedrag in organisaties	20	Fontys catalogus			"Gedrag in organisaties"	Boek
Management gedrag	16	Fontys catalogus			"Management van gedrag: individu, team en organisatie."	Boek
Management gedrag	16	Fontys catalogus			"Management, organisatie en gedrag." (Bloemers & Hagedoorn).	Boek
Sneeuwbalmethode: Gevonden in bronnen van "De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer". Gezocht op titel, gevonden via google scholar.	135.000				Self-determination theory and work motivation	Artikel
Sneeuwbalmethode: Gevonden in bronnen van "De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer". Gezocht op titel, gevonden via google scholar.	30.300				The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. (Deci & Ryan, 2000)	Artikel
Sneeuwbalmethode: Gevonden in bronnen van 'Voor	61,892		WorldCatLocal		'Diffusion of innovations' (Rogers, 2003).	Boek

de verandering'. Gezocht op 'diffusion of innovations'.						
Sneeuwbalmethode: Gevonden in bronnen van 'Voor de verandering'. Gezocht op 'field theory'.	859,863		WorldCatLocal		'Field theory in social science' (Lewin, 1951).	Boek
Sneeuwbalmethode: Gevonden in bronnen van 'Niemand over de schutting. Professionalisering van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg'. Gezocht op 'van implementeren naar leren'.	1.270.000	Google	Gezondheidsraad		<u>'Van Implementeren naar leren: het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg' (Gezondheidsraad)</u>	Artikel
Sneeuwbalmethode: Gevonden in bronnen van 'management, organisatie en gedrag'. Gezocht op 'Work and motivation Vroom'.	1.699		WorldCatLocal		'Work and motivation' (Vroom)	Boek
Verandering	353		Fontys catalogus		'Voor de verandering' (Brinkman)	Boek
Sneeuwbalmethode: Gevonden in bronnen van Deci & Gagné, 2005. Gezocht op 'Human needs and the self-determination of behavior'.	3		PsycINFO		'The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior' (Deci & Ryan, 2000)	Artikel



Authenticiteitverklaring

Hierbij verklaar ik stellig

1. dat ik dit (onderzoeks)rapport zelf geschreven heb, zonder hulp van derden;
2. dat ik in mijn verslag alle directe, letterlijke citaten uit de literatuur en alle indirecte citaten en ideeën van andere auteurs aangegeven en vermeld heb¹.

Ik ben mij er volledig van bewust dat schending van deze verklaring negatieve consequenties voor mij kan hebben (zoals het afnemen van studiepunten).

In geval fraude kan worden aangetoond, ben ik aansprakelijk voor de kosten van het onderzoek.

Plaats, datum Tilburg, 24-05-2014

Naam: Nienke Vlak

Studentnummer: 2124183

Handtekening:

¹ De opleiding Toegepaste Psychologie gebruikt de dienst [Ephorus](#) om ingeleverde scripties te controleren op plagiaat. Ephorus vergelijkt deze documenten met een database met eerder ingeleverd werk en met materiaal dat via internet is te vinden. Wanneer het percentage gevonden overeenkomsten met andere bronnen de 30% overschrijdt, wordt het werk afgekeurd. Bij een lager percentage, wordt gekeken naar de aard van de overeenkomsten.