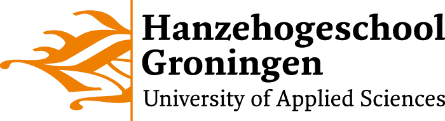
De implementatie van steungroepen en de houding van hulpverleners

*Een onderzoek naar de houding van hulpverleners ten aanzien van steungroepen en de implementatie hiervan*

Bachelor Scriptie

Sanne Meijers



De implementatie van steungroepen en de houding van hulpverleners

*Een onderzoek naar de houding van hulpverleners ten aanzien van steungroepen en de implementatie hiervan*

Naam: Sanne Meijers

Studentnummer: 358921

School: Hanzehogeschool – Academie voor Sociale Studies

Opleiding: Toegepaste Psychologie

Opdrachtgever: Menzis

Contactpersonen: Danielle Nijkamp & Charlotte Wunderink

Afstudeerbegeleider: Jacquelien Rothfusz

Plaats: Groningen

Datum: Maart 2021

Samenvatting Nederlands

Uit onderzoek is gebleken dat steungroepen een positief effect hebben op het herstelproces van cliënten (Nordén, Malm & Norlander, 2012). In Groningen is hier ook onderzoek naar gedaan met het project Samen voor Herstel, waar twee jaar gewerkt is met steungroepen binnen de methodiek Resource Assertive Community Treatment. Desondanks hadden veel cliënten niet de behoefte om een steungroep op te zetten, waardoor de implementatie trager liep dan verwacht (Slofstra, Bruins, & Castelein, 2020). Om in kaart te brengen hoe de implementatie van steungroepen bevorderd kan worden is er onderzocht in hoeverre de houding van hulpverleners invloed heeft op de implementatie van steungroepen. Dit is gedaan door middel van een kwalitatief onderzoek. De volgende probleemstelling is gedefinieerd: “In hoeverre heeft de houding van hulpverleners - werkzaam bij de organisaties Lentis, Verslavingszorg Noord Nederland (VNN), WIJ Groningen, BuurtzorgT en Community Support – ten aanzien van steungroepen invloed op de implementatie hiervan?”.

Uit de literatuur blijkt dat een attitude, motivatie, competenties, externe factoren en veranderingsbereidheid determinanten zijn om gedrag (en daarmee een houding) te voorspellen. Er zijn tien deelnemers (n = 10) geïncludeerd in dit kwalitatieve onderzoek en de interviews waren half-gestructureerd. Uit de resultaten is gebleken dat alle hulpverleners het essentieel vinden om het netwerk te betrekken bij een behandeling en steungroepen worden gezien als het verlengde hiervan. De hulpverleners ervaren allemaal intrinsieke motivatie, alleen worden er ook verschillen gevonden tussen de vijf betrokken organisaties. Waar de werknemers van de organisatie Community Support – een organisatie waar steungroepen verweven zitten in de visie – niet spreken over belemmerende factoren, spreken de andere betrokken medewerkers hier wel over. De belemmerende factoren die medewerkers van VNN, BuurtzorgT, Lentis en WIJ ervaren zijn de volgende: Tijdsgebrek, wantrouwen tussen verschillende instellingen (multidisciplinaire samenwerking) en cliënten die een niet-steunend netwerk hebben. Alhoewel alle medewerkers een positieve attitude hebben en intrinsieke motivatie ervaren, spelen deze drie factoren een significante negatieve rol bij de ervaren motivatie. Ze zien het belang in van steungroepen, maar ervaren daarnaast externe factoren die invloed hebben op hun motivatie en (daarmee) het beperkte aantal geïmplementeerde steungroepen. Door deze relevante resultaten kan geconcludeerd worden dat de houding van hulpverleners invloed heeft op de implementatie van steungroepen.

Er is onderzoek gedaan naar de houding van hulpverleners, er kan niet gezegd worden of de externe factoren ook daadwerkelijk een rol spelen. De lezer moet rekening houden met het feit dat een onderzoek met tien deelnemers relatief beperkt is, het is de vraag of het onderzoek representatief is voor de vijf betrokken organisaties. Daarnaast is een organisatie (Lentis) oververtegenwoordigd in het onderzoek, terwijl een andere organisatie (VNN) ondervertegenwoordigd is. Er moet opgemerkt worden dat deelname aan het onderzoek vrijwillig was, waardoor er mogelijk een selectie bias is ontstaan. Het laatste punt van kritiek is dat de interviews online afgenomen zijn, waardoor er mogelijk belangrijke signalen zijn gemist.

De onderzoekster heeft verschillende aanbevelingen gedaan aan de opdrachtgever (Menzis). De eerste aanbeveling is dat er ruimte dient te zijn voor overleg en casuïstiekbesprekingen binnen een team. Ten tweede wordt er aanbevolen om in gesprek te gaan met de hulpverleners, met als doel om samen te zoeken naar mogelijke oplossingen voor de ervaren werkdruk. De derde aanbeveling is het werken aan de multidisciplinaire samenwerking, door middel van een dag waarin de hulpverleners elkaar op een informele manier leren kennen. Als vierde wordt er aangeraden om bij halfjaarlijkse of jaarlijkse besprekingen de vraag om een steungroep op te zetten terug te laten komen bij cliënten als basiszorg, het is nog te vaak een eenmalige vraag. Ten slotte wordt er aangeraden om ambassadeurs in te zetten, zet mensen in die achter het idee staan en verantwoordelijk zijn voor de implementatie van de methodiek. Voor vervolgonderzoek wordt er aangeraden om de implementatie van steungroepen te observeren, met als doel om in kaart te brengen wat mogelijke oplossingen kunnen zijn voor de ervaren belemmeringen.

Samenvatting Engels

Research shows that support groups have a positive effect on the recovery of clients (Nordén et al., 2012). This is also been researched in Groningen with the project “Samen voor Herstel”, a project with the vision of the methodology Resource Assertive Community Treatment. However, there were many client that did not feel the need to set up a support group and the implementation went slower than expected (Slofstra et al., 2020). In order to map out how the implementation of support groups can be promoted this thesis researched to what extent the attitude of care providers influences the implementation of support groups. This has been researched by means of a qualitative study. The following problem is defined: “To what extend does the attitude of care providers – working for the organizations Lentis, Verslavingszorg Noord Nederland (VNN), WIJ Groningen, BuurtzorgT and Community Support – about support groups influences the implementation of this?”.

Research shows that attitude, motivation, competences, external factors and willingness to change are determinants for predicting behavior (and thus the development of an attitude). Ten participants (n = 10) were included in this qualitative study and the interviews were semi-structured. The results showed that all care providers consider it essential to involve the network during a treatment and support groups are seen as an extension of the involvement of the network. The care providers all experience intrinsic motivation, but there were also some differences found between the five involved organizations. While the employees of the organization Community Support – a organization with a vision focused on support groups – do not talk about impeding factors, the other employees in the remaining organizations do talk about them. The impeding factors experiences by employees of VNN, BuurtzorgT, Lentis and WIJ are the following: Lack of time, distrust between different institutions (multidisciplinary cooperation) and clients with a non-supportive network. All employees have a positive attitude and experience intrinsic motivation, but the three hindering factors play a significant negative role in the experienced motivation. They see the importance of support groups, but experience external factors that influences their motivation and (with that) the limited number of implemented support groups. By means of these relevant results it was concluded that the attitude of care providers influences the implementation of support groups.

In this thesis the attitude of care providers has been researched, it cannot be said whether the external factors actually play a role. Readers must keep in mind that a study with ten participants is relatively limited, it is reasonable to question whether the study is representative for the five concerned organizations. Additional to that, the organization (Lentis) is overrepresented in the research, while another organization (VNN) is underrepresented. It should be noted that participation was voluntary, which may have resulted in a selection bias. The last point of criticism is that some (non-verbal) signals might be missed during the interviews, due to the fact that the interviews were conducted online.

The researcher has made several recommendations to the originator (Menzis). The first recommendation is to make use of consultations, meetings in a team where the care providers can discus and talk about cases. Secondly, it may be helpful to talk to the care providers who experience a workload, with the aim of finding a solution for the experienced workload. The third recommendation is to work on the improvement of the multidisciplinary cooperation, through an informal come together for the involved organizations. Fourthly, it is recommended that the question of setting up a support group will be ask frequently as basiccare (during half-yearly or annual meeting), instead of once. And last but not least, it is recommended to deploy ambassadors who support the idea of support groups and are responsible for the implementation. For further research it is recommended to observe the implementation of support groups, with the aim of identifying possible solutions for the perceived obstacles.

Voorwoord

De afgelopen vijf maanden heb ik, Sanne Meijers, mij mogen verdiepen in het implementeren van steungroepen en hoe hulpverleners tegen steungroepen aankijken. Dit document wat voor u ligt is het resultaat van een scriptie om de opleiding Toegepaste Psychologie af te ronden. Toen ik solliciteerde voor een afstudeeronderzoek bij Lentis had ik niet verwacht om uiteindelijk met plezier af te studeren bij Menzis. Toch ben ik blij dat het op deze manier gelopen is, vanwege de prettige samenwerking die ik binnen Menzis heb ervaren. Vanwege de huidige corona-maatregelen waren de werkzaamheden binnen het onderzoek anders dan gewoonlijk, met name door het thuiswerken. Door het online programma Teams heb ik alsnog de mogelijkheid gehad om interviews af te nemen, weliswaar op een andere wijze.

Ik wil graag Charlotte Wunderink en Danielle Nijkamp bedanken voor de mogelijkheid om onderzoek te doen naar dit onderwerp en de begeleiding die ik van jullie heb gekregen. Daarnaast wil ik graag Jacquelien Rothfusz bedanken voor de begeleiding vanuit de Hanze Hogeschool tijdens het traject. Tot slot wil ik graag de hulpverleners bedanken die de tijd en moeite hebben genomen om door mij geïnterviewd te worden.

Ik hoop een bijdrage te kunnen leveren in de geestelijke gezondheidszorg, uiteindelijk met het doel om de zorg van cliënten ten positieve te kunnen beïnvloeden.

Ik wens u veel leesplezier.

Sanne Meijers

10-01-2021

**Inhoudsopgave**

[Hoofdstuk 1: Inleiding 8](#_Toc66180245)

[1.1 Achtergrondinformatie 8](#_Toc66180246)

[1.2 De gedachte achter RACT 8](#_Toc66180247)

[1.4 De opdracht 10](#_Toc66180248)

[1.5 Definiëring van de begrippen 10](#_Toc66180249)

[1.6 De opdrachtgever & de relevantie van de opdracht 11](#_Toc66180250)

[1.7 Vooruitblik 11](#_Toc66180251)

[Hoofdstuk 2: Het hebben van een attitude 12](#_Toc66180252)

[2.1 De theorie van het geplande gedrag 12](#_Toc66180253)

[2.2 Het COM-B model 13](#_Toc66180254)

[2.3 De zelfdeterminatietheorie 15](#_Toc66180255)

[2.4 Deelvragen 16](#_Toc66180256)

[Hoofdstuk 3: Methode van het onderzoek 16](#_Toc66180257)

[3.1 Procedure 17](#_Toc66180258)

[3.2 Methode van de interviews 18](#_Toc66180259)

[3.3 Analyse van de interviews 18](#_Toc66180260)

[3.4 Ethische verantwoording 19](#_Toc66180261)

[Hoofdstuk 4: Resultaten 20](#_Toc66180262)

[4.1 Wat is de attitude van hulpverleners tegenover steungroepen? 20](#_Toc66180263)

[4.2 Hoe gemotiveerd voelen de hulpverleners zich om een steungroep op te zetten? 21](#_Toc66180264)

[4.3 Welke competenties zijn van belang voor het opzetten van een steungroep? 21](#_Toc66180265)

[4.4 Hoe zetten de hulpverleners deze competenties in binnen hun werkzaamheden? 22](#_Toc66180266)

[4.5 Welke (externe) factoren spelen mee bij het opzetten van een steungroep? 23](#_Toc66180267)

[4.6 Hoe veranderingsbereid zijn hulpverleners binnen hun werkveld? 24](#_Toc66180268)

[4.7 Wat hebben hulpverleners volgens hunzelf nodig om steungroepen succesvol te implementeren? 25](#_Toc66180269)

[4.8 Boomstructuur 25](#_Toc66180270)

[Hoofdstuk 5: Conclusie, Discussie en Aanbevelingen 26](#_Toc66180272)

[5.1 Conclusie 26](#_Toc66180273)

[5.2 Discussie 27](#_Toc66180274)

[5.3 Aanbevelingen 28](#_Toc66180275)

[Literatuurlijst 29](#_Toc66180276)

[Bijlage 1: Omgaan met proefpersonen 31](#_Toc66180277)

[Bijlage 2: Briefing 37](#_Toc66180278)

[Bijlage 3: Topiclijst 39](#_Toc66180279)

[Bijlage 4: Vragenlijst voor de betrokkenen van een steungroep 41](#_Toc66180280)

[Bijlage 5: Beschrijving van de betrokken organisaties 43](#_Toc66180281)

[Bijlage 6: Monitoring van Samen voor Herstel 44](#_Toc66180282)

[Bijlage 7: Effectiviteit van steungroepen volgens onderzoek 45](#_Toc66180283)

# Hoofdstuk 1: **Inleiding**

*“Een hulpverlener is er elke werkdag tot vijf uur, een netwerk is er altijd”*

(Citaat uit een interview)

### Achtergrondinformatie

In opdracht van Menzis is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd bij vijf verschillende organisaties (Lentis, VNN, WIJ Groningen, BuurtzorgT & Community Support), binnen deze organisaties zijn verschillende hulpverleners geïnterviewd. Het onderwerp betreft de houding van hulpverleners ten aanzien van steungroepen en de invloed op de implementatie hiervan. In het eerste deel van dit hoofdstuk wordt er achtergrondinformatie gegeven (over de RACT-methodiek & Samen voor Herstel) en vervolgens volgt een beschrijving van de opdracht. In dit onderdeel komt tevens de probleemstelling, de doelgroep en de definiëring van de begrippen naar voren. De opdrachtgever, de relevantie van de opdracht en de opbouw van het rapport zal tenslotte behandeld worden.

In februari 2017 zijn Menzis, Lentis, VNN, WIJ Groningen en de Gemeente Groningen gestart met een project binnen de gemeente Groningen (de Wijert) genaamd Samen voor Herstel. Dit is een methodiek waarin regie van de cliënt, met een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA), veel betekenis heeft. Samen voor Herstel zet enerzijds in op het multidisciplinair samenwerken tussen verschillende instanties, anderzijds staat in de pilot het aanbieden van zorg in de wijk en het netwerk van de cliënt centraal (Menzis, 2019). Het netwerk van de cliënt wordt centraal gezet door te werken met steungroepen. Een steungroep kan bestaan uit familieleden, vrienden, buurtgenoten, de leraar op school of de kapper. Maar ook de ervaringsdeskundige of de psychiater kunnen in een steungroep zitten (Samen voor Herstel, z.d.). Steungroepen worden gebruikt om formele- en informele contacten samen te brengen en om hersteldoelen samen te bespreken. De actieve verbondenheid tussen de cliënt, het formele netwerk (professionals) en het informele netwerk (persoonlijke contacten) wordt gezien als “de triade”. Kenmerkend voor de steungroep is dat de regie bij de cliënt ligt, hij heeft als het ware de touwtjes in handen en besluit zelf welke personen betrokken worden in een steungroep.

De afgelopen twee jaar is er onderzoek gedaan naar de implementatie van steungroepen, waarbij er specifiek is gekeken naar het herstel, de kwaliteit van leven en de tevredenheid over de zorg bij de deelnemers. Uit dit onderzoek is gebleken dat het overgrote deel van de cliënten (80 %) niet geïnteresseerd was om een steungroep op te zetten (Slofstra et al., 2020). Om een beeld te schetsen van het onderzoek Samen voor Herstel is in bijlage 6 een samenvatting geschreven over dit traject. Binnen het traject is er gewerkt met de Resource Assertive Community Treatment (RACT)-methodiek, een methodiek waar steungroepen op de voorgrond staan. In de volgende paragraaf is beschreven hoe de RACT-methodiek is ontstaan en wat de kerngedachte is achter de werkwijze. Om een beeld te krijgen van de RACT wordt eerst de ACT beschreven, de voorloper van de RACT.

### 1.2 De gedachte achter RACT

Assertive Community Treatment (ACT) is een methodiek die bekend is geworden in de jaren zeventig. Het viel een groep professionals binnen de geestelijke gezondheidszorg op dat veel cliënten terugvielen in oud gedrag wanneer ze terugkeerden (van een opname) naar de maatschappij, met als gevolg dat de cliënt weer in behandeling kwam. De professionals wilden deze herhaalde opnames voorkomen door te onderzoeken hoe de cliënt weer een leven kan opbouwen in de maatschappij. Herstel wordt binnen deze methodiek gezien als een uniek, persoonlijk en voortgaand proces van vooruitgang. Een proces waarin er ondanks de symptomen (behorende bij een diagnose) gebouwd kan worden aan een doel en zingeving in het leven. De methodiek is ontstaan in de Verenigde Staten en in 2004 is dit model geïntegreerd in het Nederlandse Flexible ACT-model (FACT). Dit model richt zich op één brede doelgroep: Mensen met een EPA (F-ACT Nederland, z.d.).

FACT combineert de basis maatschappelijke zorg met de specialistische zorg, door de zorg te combineren wordt er een bepaalde mate van flexibiliteit en continuïteit gecreëerd om bij de specifieke zorgvraag aan te sluiten. De herstelgerichte zorg en “evidence-based medicine/practices” komen hierin samen aan bod. FACT wil graag de continuïteit bieden om de herstelgerichte zorg te bewerkstellingen, het vinden van een doel en zingeving in het leven zijn hierin belangrijke pijlers. Uit recent onderzoek blijkt dat dit (nog) niet voldoende lukt, de resultaten lieten zien dat de cliënten binnen de GGZ weinig ondersteuning ervaarden binnen hun herstelproces. Deze bevindingen werden aangetoond door een landelijke enquête in 2016. Uit de resultaten is gebleken dat meer dan 80 % van de cliënten met een EPA gevoelens van eenzaamheid ervaarde (Tjaden, Mulder, van Weeghel, Delespaul, Keet, Castelein & Kroon, 2019). Daarnaast is gebleken dat slechts 20 % van de deelnemers betaald- of vrijwilligerswerk had en 40 % van de respondenten had het gevoel dat hij of zij geen deel uitmaakt van de samenleving. Een gestructureerde methode om empowerment en sociale verbondenheid te vergroten is het concept van de steungroep, waarbij de cliënt significante anderen nomineert (zowel formeel als informeel) om regelmatig samen te komen (Phillips, Burns, Edgar, Mueser, Linkins, Rosenheck, & McDonel, 2001).

Binnen het concept van RACT (waar de *R* staat voor resource groups, in het Nederlands vertaald steungroepen) besluit de cliënt zelf wie bij zijn steungroep hoort en wat zijn hersteldoelen zijn. Het belangrijkste onderdeel van de methode is dat de cliënt zelf de regie heeft, hij besluit zelf aan welk doel hij wil werken en hoe de bijeenkomsten in zijn werk gaan. De RACT-methode is gebaseerd op de regie van de cliënt, zijn netwerk en zijn doelen. De cliënt kan met behulp van deze methode zijn autonomie en zelfstandigheid versterken. Dit kan versterkt worden door het leren omgaan met de diagnose, symptomen en de gevolgen hiervan op sociaal en maatschappelijk gebied. Het proces van controle terugkrijgen – ongeacht de mate van ondersteuning – is een belangrijk onderdeel in een herstelproces (Tjaden et al., 2019). De cliënt beslist met behulp van een sociogram wie er in een steungroep komt, binnen de sociogram maakt hij een selectie van de gekozen deelnemers. Vervolgens gaan de hulpverleners de geselecteerde deelnemers interviewen om te controleren in hoeverre een deelnemer geschikt is voor het participeren in een steungroep (een beschrijving van de vragen die hulpverleners stellen aan betrokkenen is te vinden in bijlage 4). Elke drie maanden wordt er een bijeenkomst georganiseerd, waarin er doelen geëvalueerd, aangepast en zo nodig vernieuwd worden. Er wordt besproken hoe er aan doelen gewerkt gaat worden en wie waarbij zou kunnen helpen. De cliënt wijst een voorzitter en notulist aan om de effectiviteit van de bijeenkomst te bevorderen (Menzis, 2020). De hulpverleners en de cliënten zetten verschillende stappen om een steungroep op te zetten, hierbij kan het herstelplan helpen (zie figuur 1.1).



Herstelplan

Figuur 1.1

(Menzis, 2020)

### 1.4 De opdracht

Slofstra, Bruins en Castelein (2020) hebben onderzoek gedaan naar de ervaringen van de cliënt, in dit rapport is er onderzoek gedaan naar de ervaringen van de hulpverlener. Er is onderzocht of de houding van *een hulpverlener* mogelijk invloed heeft op de implementatie van een steungroep. De opdrachtgever (Menzis) wil de implementatie van steungroepen vergroten, het in kaart brengen wat de houding van hulpverleners is ten aanzien van steungroepen zou hieraan kunnen bijdragen. De opdracht maakt duidelijk wat hulpverleners vinden van de methodiek, om uiteindelijk in kaart te brengen hoe het succes van de implementatie van steungroepen vergroot kan worden.

De volgende probleemstelling is gedefinieerd:

***“In hoeverre heeft de houding van hulpverleners - werkzaam bij de organisaties Lentis, VNN, WIJ Groningen, BuurtzorgT en Community Support – ten aanzien van steungroepen invloed op de implementatie hiervan?”***

De probleemstelling is onderverdeeld in deelvragen en binnen het onderzoek is een theoretische kader meegenomen, gebruikt om de deelvragen en items te onderbouwen. Dit onderdeel is te vinden in het volgende hoofdstuk. De beantwoording van deze vragen zal meer duidelijkheid geven over wat de houding van de hulpverleners is en in hoeverre dit invloed heeft op de implementatie. Het doel hiervan is om in kaart te brengen hoe het succes van het project Samen voor Herstel vergroot kan worden. De volgende doelstelling is gedefinieerd: *Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen wat nodig is om de implementatie van het project Samen voor Herstel meer succesvol te laten verlopen.* Meer succesvol is in dit opzicht het creëren en organiseren van een steungroep, waarbij de regie van de cliënt in acht is genomen en de RACT-methodiek naar behoren is gebruikt.

Er is een *steekproef* getrokken uit hulpverleners vanuit de zorg-instanties die meededen met het project Samen voor Herstel, dat zijn (zoals besproken in paragraaf 1.1) de volgende zorg-organisaties: Lentis, VNN en WIJ Groningen. De Gemeente Groningen en Menzis zijn niet meegenomen in dit onderzoek. Er zijn organisaties die veelvuldig systeemgericht werken door o.a. het opzetten van steungroepen, waaronder BuurtzorgT en Community Support. Deze twee organisaties zijn later aangesloten bij het project Samen voor Herstel (in 2020) en zijn daarom ook aangesloten bij dit onderzoek. Om een beeld te krijgen van de vijf betrokken organisaties binnen het onderzoek is in bijlage 5 een korte beschrijving te vinden van elke organisaties.

### 1.5 Definiëring van de begrippen

**Herstel**

Binnen het project Samen voor Herstel gaat het (zoals verwacht) veel over herstel. Herstel is een breed begrip, om tot een duidelijke betekenis te komen van dit begrip wordt er gekeken naar de definitie beschreven in de monitoring van het project Samen voor Herstel:

“Er kan in termen van herstel onderscheid gemaakt worden tussen symptomatisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel, waarbij symptomatisch herstel gericht is op remissie van symptomen, maatschappelijk herstel gericht is op verbetering van de positie van het individu op het vlak van wonen, werk en inkomen en sociale relaties en persoonlijk herstel gericht is op betekenis verlenen aan datgene wat in het verleden is gebeurd, het stap voor stap meer greep krijgen op het eigen leven, zelf doelen stellen, het vormen van een identiteit, en de oriëntatie op persoonlijke en in de gemeenschap gekoesterde waarden (Slofstra et al., 2020, p. 3)”.

**Attitude**

Om het begrip attitude te begrijpen is de volgende definitie gebruikt binnen de theorie van het geplande gedrag:

“Attituden zijn evaluatieve oordelen over objecten … Deze oordelen kunnen betrekking hebben op situaties, gebeurtenissen, personen, gedrag, daadwerkelijke objecten enzovoorts” (Wiekens, 2012, p. 74).

**Regie**

De cliënt heeft de regie als het gaat om steungroepen. Om het begrip regie samenvattend te beschrijven wordt er een onderscheid gemaakt tussen eigen regie, eigen kracht en eigen verantwoordelijkheid (Initiatiefgroep Eigen Regie, 2013):

“Eigen regie gaat uit van wat iemand wil met zijn leven. Eigen kracht gaat over de mogelijkheden die iemand heeft zijn problemen aan te pakken samen met het eigen netwerk … Eigen verantwoordelijkheid gaat over de vraag wat iemand zelf moet doen” (Initiatiefgroep Eigen Regie, 2013, p. 6).

**Veranderingsbereidheid**

De intentie van een medewerker om bepaald gedrag te vertonen wordt gezien als veranderingsbereidheid. Veranderingsbereid wordt omschreven als:

“Een positieve gedragsintentie van een medewerker ten aanzien van de invoering van veranderingen in de structuur, cultuur of werkwijze van een organisatie of afdeling, resulterend in een inspanning van de kant van de medewerker om het veranderingsproces te ondersteunen dan wel te versnellen” (Metselaar & Cozijnsen, 2005, p. 35).

### 1.6 De opdrachtgever & de relevantie van de opdracht

In opdracht van Menzis zal een Toegepast Psycholoog in opleiding zich richten op de houding van hulpverleners ten aanzien van steungroepen en de invloed op de implementatie hiervan, en hiermee een afstudeeronderzoek realiseren. Menzis is een zorgverzekeraar en een coöperatie, met als vertrekpunt dat iedereen recht heeft op zorg. De coöperatie zet zich in om zorg toegankelijk te maken, juiste zorg op de juiste plek te bieden en houdt zich bezig met preventie bij leefstijl en schulden (Menzis, z.d.). Dit afstudeeronderzoek is relevant als opdracht omdat er wordt beoogd de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg te bevorderen. Naast het project Samen voor herstel is er nog meer onderzoek gedaan naar het inzetten van steungroepen, uit onderzoek in het buitenland blijkt dat steungroepen kunnen bijdragen aan het herstel van cliënten (Nordén et al., 2012). Ook in Nederland zijn hier aanwijzingen voor te vinden; in bijlage 7 is meer te vinden over de effectiviteit van ACT, RACT en steungroepen. Wanneer het project Samen voor Herstel meer aanmeldingen kent en er meer steungroepen worden ingezet kan dit mogelijk een positieve impact hebben op het herstelproces van cliënten. Toegepast Psychologen weten veel over het domein gedrag en gedragsveranderingen, de vraag over de houding van de hulpverleners en het verband ten aanzien van het opzetten van steungroepen is daarom van hoge relevantie. Een Toegepast Psycholoog heeft kennis over theoretische (sociale) modellen en kan de vertaling van theorie naar praktijk mogelijk maken.

### Vooruitblik

In hoofdstuk twee komt het theoretisch kader aan bod. De theorie van het geplande gedrag (algemeen en gespecificeerd naar veranderingsbereidheid), het COM-B model en de zelfdeterminatie theorie zijn de theorieën die beschreven worden in dit hoofdstuk. Voortvloeiend uit de modellen worden de (daarop gebaseerde) deelvragen beschreven. Vervolgens komt de methode van het onderzoek in hoofdstuk drie en de resultaten van het onderzoek in hoofdstuk vier voorbij. In hoofdstuk vijf wordt de probleemstelling beantwoord; op basis van de relevante resultaten wordt er een conclusie getrokken. Tevens is er in hoofdstuk vijf kritisch gekeken naar het onderzoek door middel van een discussie, ten slotte worden de aanbevelingen beschreven voor de opdrachtgever.

# Hoofdstuk 2: Het hebben van een attitude

*In dit rapport gaat het over de houding van hulpverleners, er zal wetenschappelijke literatuur gebruikt worden om het begrip “de houding” te specificeren. Het doel hiervan is om de probleemstelling (beschreven in het vorige hoofdstuk) te interpreteren aan de hand van literatuur. Voordat er een houding ontstaat tegenover een bepaalde methodiek spelen er verschillende processen mee die van invloed kunnen zijn op hoe er tegen een kwestie wordt aangekeken. Deze informatie is gebruikt om de topics binnen het interview te bepalen (deze topics zijn te vinden in bijlage 3). Voorvloeiend uit de literatuur worden de deelvragen beschreven worden.*

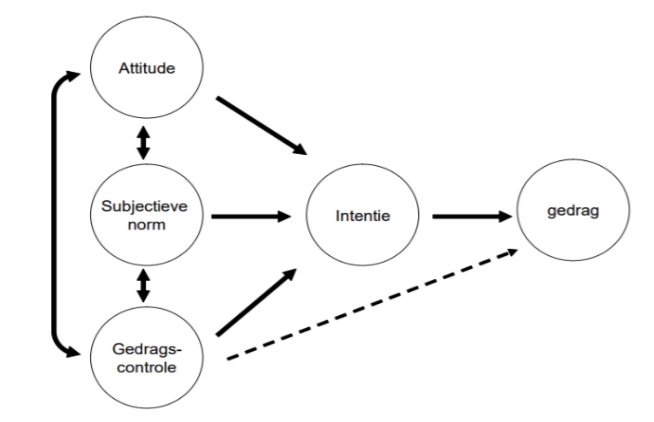
### 2.1 De theorie van het geplande gedrag

Ajzen (1991) heeft een model ontwikkeld, genaamd de theorie van het geplande gedrag, dat de complexiteit van gedrag probeert te verklaren. In dit model staat de intentie centraal, welke intentie een persoon heeft kan een voorspeller zijn van gedrag. Volgens Ajzen zijn er drie determinanten die een gedragsintentie kunnen voorspellen: Attitude, sociale invloed en waargenomen gedragscontrole (zie figuur 2.1). De attitude die iemand heeft is van invloed op het gedrag wat daaruit voortvloeit (Wiekens, 2012). Wat het oordeel is tegenover een object (zoals bijvoorbeeld een methodiek) is afhankelijk van de waarde die men toedicht aan deze opvatting. De attitude kan worden gezien als de mate waarin een object als gunstig of ongunstig wordt geëvalueerd. De evaluatie van deze overtuiging is afhankelijk van de persoonlijke normen en waarden die iemand heeft, de zogenoemde overtuigingen of beliefs.

Daarnaast blijkt uit de theorie dat sociale invloed ook meespeelt in het wel of niet vertonen van gedrag, de subjectieve norm beïnvloedt de gedragsintentie en heeft zodoende een indirecte invloed op gedrag. Wanneer professionals bijvoorbeeld merken dat hun collega’s weinig of veel waarde hechten aan een methodiek zou dit een onbewust effect kunnen hebben op hun gedrag (en daarmee het vervolg van de werkwijze). De subjectieve norm wordt gezien als de mate waarin iemand denkt dat significante anderen het gedrag als positief of negatief zullen beoordelen. Wanneer de persoon in kwestie denkt dat het gedrag positief zal worden beoordeeld, zoals het opzetten van een steungroep, zal de gedragsintentie vergroot worden. Hierbij kan sociale invloed worden gezien als een referentiepunt, waarbij de persoon een intentie voelt om hetzelfde soort gedrag te laten zien. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de sociale druk zal toenemen wanneer anderen als belangrijk worden gezien, daarnaast zal de mate van behoefte aan sociale goedkeuring ook meespelen (Ajzen, 1991).

De waargenomen gedragscontrole kan meespelen in gedrag omdat iemand zelf moet geloven dat hij het gedrag (de implementatie van een steungroep) kan uitvoeren. Iemand kan bijvoorbeeld positief staan tegenover een methode en voldoende steun krijgen vanuit de omgeving, maar toch denken dat hij dit gedrag niet daadwerkelijk kan laten zien. Dit zou bijvoorbeeld te maken kunnen hebben met eerdere “minder succesvolle” ervaringen tegenover de werkwijze van een methodiek. Of het gedrag op een gemakkelijke of ingewikkelde manier tot stand komt heeft invloed op de gedragsintentie, hierbij speelt het vertrouwen in eigen kunnen een rol (van Eijk, 2006).

Figuur 2.1



Figuur 2.1 (Ajzen, 1991)

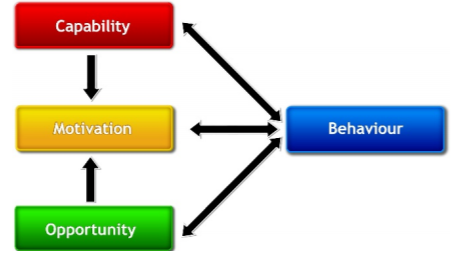
Ajzen’s model van gepland gedrag is uitgebreid met het begrip veranderingsbereidheid. De definitie van veranderingsbereidheid is terug te vinden in de drie krachten die in deze theorie naar voren komen: Attitude, sociale invloed en waargenomen gedragscontrole. Deze drie krachten ten opzichte van een verandering bepalen de veranderingsbereidheid. Metselaar en Cozijnsen (2005) hebben dit model werkbaar gemaakt binnen de definitie veranderingsbereidheid. Zij zeggen dat het willen veranderen te maken heeft met de attitude, het moeten veranderen te maken heeft met de subjectieve norm en het kunnen veranderen te maken heeft met de gedragscontrole. De kans dat een veranderingsproject succes heeft is het grootst wanneer de drie condities van toepassing zijn op de medewerkers. Veranderingsbereidheid wordt gezien als de positieve kant van weerstand, de begrippen weerstand en veranderingsbereidheid worden door Metselaar, Cozijnsen en Delft (2011) op een continuüm geplaatst. Lage weerstand staat gelijk aan een hoge mate van veranderingsbereidheid en hoge weerstand staat gelijk aan een lage mate van veranderingsbereidheid. Wanneer een zorgmedewerker een hoge mate van veranderingsbereidheid heeft, is de kans groter dat een nieuw project (zoals Samen voor Herstel) met meer succes wordt geïmplementeerd.

*Het belang van de intentie om gedrag uit te voeren zou van meerwaarde kunnen zijn op dit onderzoek, omdat het gaat om het ontstaan van gedrag. Volgende de theorie van het geplande gedrag ontstaat (intentioneel) gedrag door de determinanten attitude, subjectieve norm, gedragscontrole en veranderingsbereidheid. Het onderzoeken van deze determinanten zou een gericht beeld kunnen geven van de houding van de hulpverleners ten aanzien van steungroepen.*

### 2.2 Het COM-B model

Michie, Stralen en West (2011) hebben een model ontwikkeld over het veranderen van gedrag, genaamd het COM-B model. In het model zijn drie factoren aanwezig die moeten identificeren wat er moet veranderen, zodat een interventie gericht op gedragsverandering succesvol kan zijn. De determinanten die voorkomen in dit model zijn capaciteiten, mogelijkheden en motivatie (capability, opportunity & motivation, zie figuur 2.2). Deze drie factoren zijn met elkaar verbonden en vormen de basis van een interactief systeem van menselijk gedrag (behaviour). De capaciteiten zijn gedefinieerd als de kwaliteiten, competenties en kennis die nodig zijn om gedrag te veranderen. Het zijn de noodzakelijke persoonlijke en fysieke capaciteiten waar de gedragsverandering om vraagt, hierbij wordt het lerende vermogen verstaan. In toepassing van steungroepen is het belangrijk dat een hulpverlener de trainingen heeft gevolgd, daarnaast is het van belang dat hij weet welke competenties nodig zijn om een steungroep op te zetten en hoe hij deze competenties kan gebruiken. Het onderdeel mogelijkheden gaat over de externe factoren, buiten het individu, die het gedrag mogelijk of onmogelijk maken. Het zijn de kansen die zich voordoen en die we wel of niet aangrijpen. Het uitzoeken welke externe factoren volgens de hulpverlener meespelen bij het implementeren van een steungroep zou meer duidelijkheid kunnen creëren binnen dit proces. Motivatie wordt beschreven als de neurologische processen die verantwoordelijk zijn voor de sturing en motivering van gedrag, het is van meerwaarde volgens deze theorie om te kijken naar de mening en motivatie ten aanzien van steungroepen.

Figuur 2.2: het COM-B model



Figuur 2.2 (Michie, Stralen & West, 2011)

Het COM-B model vertegenwoordigt de stelling dat op een bepaald moment gedrag alleen zal plaatsvinden wanneer de betrokken persoon de mogelijkheid en gelegenheid heeft om zich met dit gedrag bezig te houden. Daarnaast moet iemand zich meer gemotiveerd voelen om dit gedrag uit te voeren dan enig ander gedrag. Er moeten verschillende kanttekeningen gemaakt worden om het model volledig te begrijpen. Ten eerste is er aangetoond dat de capaciteiten en mogelijkheden de relatie tussen motivatie en gedrag beïnvloeden, in plaats van het gedrag zelf (West & Michie, 2020). De twee pijlers, capaciteiten en mogelijkheden, moeten aanwezig zijn om het gedrag te genereren door motivatie. Hoe meer capabel we zijn en hoe gunstiger de situatie is om het gedrag uit te voeren, hoe meer we geneigd zijn om motivatie te hebben (voor bijvoorbeeld het opzetten van een steungroep). Omgekeerd, wanneer gedrag als moeilijk ervaren wordt zijn we minder gemotiveerd om het te doen (tenzij de moeilijkheid deel uitmaakt van de aantrekkingskracht). Ten tweede kan gedrag gezien worden als een feedbackcyclus, waarbij het oefenen van gedrag het vermogen zal verbeteren en de motivatie zal vergroten (West et al., 2020). Hierbij kan dus worden opgemerkt dat het hebben van succesverhalen een positieve feedbackcyclus kan veroorzaken; ervaring opdoen (steungroepen opzetten) resulteert in meer motivatie .

*Het COM-B model richt zich (net zoals de theorie van het geplande gedrag) op meerdere factoren bij het ontstaan van gedrag. De theorieën hebben overeenkomsten en verschillen, de theorie van het geplande gedrag focust zich bijvoorbeeld ook op externe factoren. Het COM-B model staat algemeen tegenover de externe factoren (mogelijkheden), terwijl de theorie van het geplande gedrag specifiek kijkt naar de sociale invloeden (subjectieve norm). Waar het COM-B model motivatie als belangrijke pijler beschrijft, staat binnen de theorie van het geplande gedrag de intentie centraal. De waargenomen gedragscontrole, binnen de theorie van het geplande gedrag, gaat over het geloven dat je het gedrag kan uitvoeren. De capaciteiten, binnen het COM-B model, beschrijft (grotendeels) hetzelfde. Hierbij moet opgemerkt worden dat het gene wat iemand denkt te kunnen van belang is, terwijl dit kan afwijken van wat iemand daadwerkelijk kan. Hier besteden beide theorieën aandacht aan. Een verschil tussen de beide theorieën is dat het COM-B model de vaardigheden wat uitgebreider beschrijft, door het onder te delen in kennis, kwaliteiten en competenties. De theorie van het geplande gedrag focust zich in dit aspect vooral op het vertrouwen in jezelf om het gedrag uit te voeren. De uitbreiding van het COM-B model, naast de theorie van het geplande gedrag, geeft meer betekenis aan het begrip “de houding” beschreven in de probleemstelling. De modellen onderscheiden zich op bepaalde punten, maar daarnaast versterken ze elkaar. De determinanten capaciteiten, mogelijkheden en motivatie hebben daarom een rol gespeeld bij de ontwikkeling van de deelvragen.*

### 2.3 De zelfdeterminatietheorie

Motivatie verwijst naar een beweegreden om een bepaalde activiteit te ondernemen of te vermijden. Om verder in te gaan op het domein motivatie kunnen er twee soorten van motivatie onderscheiden worden: Intrinsieke en extrinsieke motivatie. Intrinsieke motivatie wordt gedefinieerd als het verlangen om een activiteit uit te voeren, voornamelijk vanwege het plezier of de voldoening die hieruit voortvloeit. De vraag of een medewerker intrinsiek gemotiveerd is om een steungroep op te zetten, bijvoorbeeld omdat hij hier voldoening uit haalt, kan meespelen bij het implementeren van een steungroep. Extrinsieke motivatie daarentegen wordt gedefinieerd als gedrag dat wordt uitgevoerd omdat er een positieve consequentie tegenover staat. Deze twee vormen van motivatie zijn beschreven in verschillende motivatietheorieën, een daarvan is de zelfdeterminatie theorie (Deci & Ryan, 2012). De zelfdeterminatie theorie onderscheidt verschillende typen van intrinsieke- en extrinsieke motivatie en stelt dat dit een kwalitatieve impact kan hebben op het gedrag van werknemers. Een vorm van extrinsieke motivatie gaat over de rol van sociale beloningen, een groep medewerkers die positief staan tegenover steungroepen zal een medewerker extrinsiek kunnen motiveren.

In de arbeid- en organisatie psychologie is er aandacht ontstaan voor werk-gerelateerd welbevinden, het aandacht schenken aan het hebben van motivatie op de werkvloer is voor werknemers én werkgevers belangrijk. Organisaties kunnen er hun voordeel uit halen, omdat gemotiveerde werknemers zorgen voor een beter werkproces (van den Broeck, de Witte, Vansteenkiste, Lens & Andriessen, 2009). De zelfdeterminatie theorie stelt dat mensen van nature actief hun omgeving vormgeven, deze automatische neiging komt vooral naar voren op het moment dat iemand zich in een stimulerende omgeving bevindt. Het aanbieden van een positieve en uitdagende werksfeer kan ervoor zorgen dat medewerkers hun talenten willen ontwikkelen en verantwoordelijkheid willen nemen als ze daartoe gestimuleerd worden (van den Broeck et al., 2009).

*Het COM-B model beschrijft motivatie in het algemeen, terwijl de zelfdeterminatie theorie twee soorten motivatie onderscheidt (intrinsieke en extrinsieke motivatie). De meerwaarde van de zelfdeterminatie theorie is dat er aandacht gegeven wordt aan het ervaren van plezier of voldoening. De rol van de sociale invloed laat tevens zijn belang weer zien, net zoals tijdens de voorgaande modellen. Het kijken naar externe factoren – zoals collega’s of de omgeving van de cliënt – kan een grote voorspeller zijn van gedrag. De determinanten intrinsieke- en extrinsieke motivatie zijn daarom gebruikt bij de ontwikkeling van de deelvragen. Op de volgende pagina zijn de deelvragen te vinden, ontwikkeld op basis van de beschreven literatuur.*

### 2.4 Deelvragen

Voortvloeiend uit de literatuur zijn de deelvragen vormgegeven, vanuit de deelvragen zijn de items binnen het interview ontwikkeld. Onder elke deelvraag staat nogmaals beschreven welke literatuur bij welke deelvraag hoort.

* 1. ***Wat is de attitude van hulpverleners tegenover steungroepen?***

De theorie van het geplande gedrag beschrijft attitude als een significante determinant om een houding te voorspellen.

* 1. ***Hoe gemotiveerd voelen de hulpverleners zich om een steungroep op te zetten?***

In het COM-B model is motivatie beschreven als een onderdeel van gedrag, in hoeverre iemand zich gemotiveerd voelt is van belang om een houding te verklaren. Het onderscheid tussen intrinsieke- en extrinsieke motivatie laat tevens zijn belang zien in de zelfdeterminatietheorie.

* 1. ***Welke competenties zijn van belang voor het opzetten van een steungroep?***
  2. ***Hoe zetten de hulpverleners deze competenties in binnen hun werkzaamheden?***

In zowel de theorie van het geplande gedrag als het COM-B model komen competenties voor als een determinant van gedrag, wanneer iemand gedrag wil laten zien moet hij bepaalde competenties bezitten.

* 1. ***Welke externe factoren spelen mee bij het opzetten van een steungroep?***

De theorie van het geplande gedrag en de zelfdeterminatietheorie hebben het over het onderdeel sociale invloed (als externe factor en als extrinsieke motivatie) en het indirecte verband met gedrag. In het COM-B model gaat het daarnaast ook over (ongespecificeerde) externe factoren die mogelijk kunnen meespelen.

* 1. ***Hoe veranderingsbereid zijn hulpverleners binnen hun werkveld?***

Binnen Ajzen’s model van gepland gedrag is er gekeken naar veranderingsbereidheid en hoe dit een invloed kan hebben op een veranderingsproces.

* 1. ***Wat hebben hulpverleners volgens henzelf nodig om steungroepen succesvol te implementeren?***

Vanwege de ervaring die de hulpverleners hebben met het opzetten van steungroepen zou het waardevol kunnen zijn om hun bevindingen hierin mee te nemen.

*In het volgende schema (schema 2.1) is een overzicht gemaakt van de literatuur en de deelvragen die hieraan gekoppeld zijn. Deelvraag 7 is niet meegenomen in het schema omdat deze vraag niet gebaseerd is op literatuur, maar op ervaringskennis.*

Schema 2.1

# 

# Hoofdstuk 3: Methode van het onderzoek

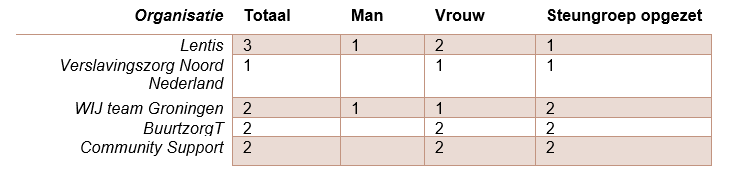
*Er is deskresearch en fieldresearch gebruikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden. In het vorige hoofdstuk is omschreven welke literatuur gebruikt is om de vragen binnen het interview wetenschappelijk te onderbouwen, in dit hoofdstuk is omschreven hoe de methode van het onderzoek is opgezet.*

### 3.1 Procedure

Het onderzoek is kwalitatief van aard, dit betekent dat het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van (online) interviews. Hier is voor gekozen omdat er gefocust moest worden op gedrag en motieven van mensen hun handelen. Als iemand de diepte in wil en echte motieven wil kennen, echt wil begrijpen hoe iets zit of gaat en te maken krijgt met beleving en emoties, kan er het beste gekozen worden voor kwalitatief onderzoek (Brinkman & Oldenhuis, 2016). Er is gekozen voor de methodische steekproeftrekking genaamd de gestratificeerde steekproef. Dit houdt in dat er naar is gestreefd om de verschillende organisaties (Lentis, Verslavingszorg Noord Nederland, WIJ team Groningen, BuurtzorgT & Community Support) in een gelijke verhouding naar voren te laten komen. De volgende inclusiecriteria zijn meegenomen bij het werven van deelnemers: Werkzaam bij een van de hierboven genoemde organisaties (met als voorwaarde dat er cliëntcontact is) en bekend met het concept steungroepen. De mogelijke deelnemers zijn benaderd aan de hand van een email, de emailadressen zijn verkregen door de contactpersonen betrokken bij het onderzoek. Door middel van de sneeuwbalmethode zijn er ook deelnemers geworven, bij deze methode is er contact ontstaan door eerder geïnterviewde mensen te vragen of ze nog iemand kennen die mogelijk mee wil doen. Uiteindelijk was het doel om tien respondenten in het onderzoek te betrekken; zowel hulpverleners waarbij er wel een steungroep van de grond kwam en hulpverleners waarbij dit niet is gelukt. Tijdens het onderzoek is gebleken dat er binnen Lentis vraag was naar meer informatie, vanwege het grote scala aan gegeven antwoorden. Er is daarom gekozen om binnen Lentis één persoon extra te betrekken in het onderzoek. Het lukte niet om bij VNN twee deelnemers te werven, waardoor er één deelnemer geïncludeerd is van VNN. Bij WIJ team, BuurtzorgT en Community Support waren (zoals gepland) twee deelnemers geïncludeerd per organisatie (n = 10). Omdat er sprake was van vijf verschillende organisaties was er geen sprake van verzadiging, er kwam bij elk interview nieuwe informatie boven water dat relevant was voor het onderzoek.

In het volgende schema (schema 3.1) is overzichtelijk gemaakt hoeveel deelnemers betrokken waren bij het onderzoek: Met onderscheid tussen de vijf organisaties, geslacht en het wel of niet opzetten van een steungroep:

Schema 3.1



Er is een kwalitatief onderzoek gedaan naar de houding van hulpverleners binnen vijf organisaties en hun specifieke context. Dit houdt in dat generalisatie niet mogelijk is, maar dat er gestreefd is naar specialisatie. De resultaten van dit onderzoek kunnen niet aaneensluitend worden doorgetrokken naar de gehele populatie, deze groep van werknemers is geen weerspiegeling van alle hulpverleners in Nederland. Door professionals uit verscheidene organisaties te betrekken in de steekproef wordt er geprobeerd om een zo breed mogelijk beeld te krijgen (voor zoverre dat in deze situatie mogelijk is). De respons (inclusief non-respons) is bijgehouden in een bestand.

### 3.2 Methode van de interviews

De interviews waren half gestructureerd. Er was een lijst met items die aan de orde moest komen (zie bijlage 3), maar het maakte niet uit in welke volgorde en de vragen hoefden niet letterlijk op één bepaalde manier gesteld te worden. Er is hiervoor gekozen omdat het veelal gaat om attitudes, wanneer er ruimte is voor eigen interpretatie zal er meer gedetailleerde informatie op tafel kunnen komen over inzichten van de hulpverlener zelf (Boeije & Bleijenbergh, 2019). Toch is ervoor gekozen om semigestructureerd te werk te gaan, zodat de items binnen de psychologische modellen (COM-B, de theorie van het geplande gedrag en de zelfdeterminatie theorie) aan bod kunnen komen. Er is niet vastgepind aan de onderzoeksvragen, er is ook gelet op nieuwe thema’s die tijdens een interview naar boven kwamen. Onverwachte thema’s die van tevoren niet bedacht zijn, maar minstens zo relevant kunnen zijn voor het onderzoek. De interviews zijn (onder goedkeuring van de respondenten) opgenomen om de betrouwbaarheid waar te borgen. Vanwege de huidige corona-maatregelen zijn de interviews online afgenomen.

### 3.3 Analyse van de interviews

Voordat de interviews afgenomen zijn bij de deelnemers is er eerst geoefend met vrijwilligers (kennissen van de onderzoekster). Deze vrijwilligers kregen de mogelijkheid om feedback te geven, dit heeft de kans vergroot dat het interview begrijpelijk is voor mensen die zelf niet werken aan het onderzoek (waardoor de betrouwbaarheid is verhoogd). Er is een transcriptie geschreven voor elk afgerond interview, de informatie die evident niets te maken had met het onderzoek is hier niet in meegenomen. Uiteindelijk kwamen alle individuele gespreksverslagen samen in één verslag, waardoor er een verslag ontstond uit de gezamenlijke interviews. Hierin kwamen de overeenkomsten, verschillen, bijzonderheden en algemene lijnen aan bod. Het coderen is gedaan door het zoeken naar gemeenschappelijke thema’s in de onderzoeksgegevens, hierbij waren de items en de gegeven antwoorden leidend. Dit is gedaan door middel van het programma ATLAS.ti en er is gebruik gemaakt van deductief coderen. Bij deductief coderen wordt het materiaal gelabeld van concreet naar abstract, dit houdt in dat de structuur van (het eerder beschreven) literatuur is gebruikt om codes te ontwikkelen (Boeije et al., 2019). Er zijn dimensies en indicatoren gebuikt om de relevante informatie te structureren. Dimensies zijn de aspecten die de onderzoeksgegevens meetbaar maken, indicatoren geven voorbeelden van de wijze waarop een dimensie zich voordoet. Een dimensie toepassend bij dit onderzoek is: ‘Het ervaren van plezier/voldoening’. Binnen de dimensie zijn verschillende indicatoren gevonden zoals: ‘Plezier ervaren om de cliënt nog beter te leren kennen’ of ‘voldoening ervaren omdat de contacten binnen een steungroep verbeteren’. Door te operationaliseren in dimensies en indicatoren kunnen de details en bijzonderheden van een specifieke context zichtbaar gemaakt worden. Een boomstructuur kan helpen bij de uiteenrafeling van dimensies en indicatoren (Boeije et al., 2019), door middel van een boomstructuur is dit proces visueel kenbaar gemaakt.

Door middel van het coderen zijn er thema’s uitgezocht en overzichtelijk gemaakt; er is gezocht naar overeenkomsten, verschillen en bijzonderheden binnen de thema’s. Het doel hiervan was om verbanden te leggen en een rode draad te vinden, de afzonderlijke interviews werden een consistent verhaal. Betrouwbaarheid en validiteit zijn relevante begrippen binnen het onderzoeksveld. Betrouwbaarheid heeft te maken met de wisselvalligheid van de geworven data en hoe consistent een methode iets meet (Brinkman et al., 2016). Validiteit is de mate waarop er wordt gemeten wat je bedoelt te meten. De betrouwbaarheid en validiteit is gewaarborgd door de interviews op te nemen en door een overzichtelijk schema te maken met enkele items die besproken moesten worden (gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek). Tevens heeft elke respondent – na afronding van het transcriberen – zijn eigen transcript ontvangen, zodat hij nog aanvullingen of wijzigingen kon doorgeven (om zeker te zijn dat de verzamelde informatie compleet is). Verder is er rekening gehouden met de mate van onafhankelijkheid binnen het onderzoek, door samen te werken met verschillende contactpersonen en regelmatig feedback te vragen. De contacten binnen het onderzoek waren breed, er waren mensen betrokken die weinig tot niets met Samen voor Herstel te maken hebben gehad en er waren mensen betrokken die hier zelf aan mee gewerkt hebben. Daarnaast is de intersubjectiviteit hoog gehouden, verschillende professionals hebben hun professionele mening gedeeld over het rapport en zijn samen tot een consensus gekomen.

### 3.4 Ethische verantwoording

Er is rekening gehouden met de gevoelige informatie die tijdens dit onderzoek naar voren is gekomen door de respondenten te anonimiseren. Het anonimiseren van respondenten is nodig omdat er gewerkt is met werknemers en werkgevers, waardoor een bepaalde mate van voorzichtigheid en privacy kan zorgen voor een vermindering van sociale wenselijkheid in de gegeven antwoorden. Daarnaast is de privacy ook ter bescherming van de respondenten, er is zorgvuldig omgegaan met de data door gebruik te maken van een veilige online-omgeving. De omgeving was zo vormgegeven dat alleen de student toestemming had om de data te bekijken (door middel van een wachtwoord) en na afronding van het onderzoek wordt de data verwijderd. Er is expliciet toestemming gevraagd aan de hand van een briefing (zie bijlage 2), daarnaast is deze informatie nogmaals herhaald aan het begin van het interview. De respondenten zijn vooraf op de hoogte gebracht van het doel, wie de opdrachtgever is en wat de rol is van de onderzoeker door middel van de briefing. Verder hadden de respondenten elk moment het recht om van verdere medewerking af te zien. Wanneer de respondenten benieuwd waren naar de uitkomsten van het onderzoek bestond de mogelijkheid om op de hoogte te worden gebracht. Zoals eerder benoemd is het interview opgenomen, er is expliciet gevraagd om toestemming hiervoor en het materiaal is alleen bekeken door de onderzoekster. Er is een document bijgevoegd om na te denken over de ethische kwesties binnen dit onderzoek, in dit document is er nader gekeken naar het zorgvuldig omgaan met proefpersonen (zie bijlage 1).

# Hoofdstuk 4: Resultaten

*De resultaten worden hieronder besproken aan de hand van de deelvragen. Het hoofdstuk eindigt met een boomstructuur: Een visuele weergave van de resultaten van deelvragen 1, 2 en de verbonden dimensies en indicatoren. Vervolgens zal in het volgende hoofdstuk de probleemstelling beantwoord worden.*

### Wat is de attitude van hulpverleners tegenover steungroepen?

***4.1.1 Essentieel***

Volgens de theorie van het geplande gedrag heeft de attitude die iemand heeft invloed op het gedrag wat daaruit voortvloeit. De hulpverleners hebben een positieve attitude als het gaat om het belang van *het betrekken van het netwerk*, sterker nog: Het wordt als essentieel gezien. Er wordt gezegd dat het noodzakelijk is om mensen uit de omgeving van de cliënt te betrekken bij een behandeling (vooral als het gaat om een uitgebreide zorgvraag), omdat het een steunend element brengt.

*“Van essentieel belang, we hebben laatst nog besproken of we het eigenlijk verplicht moeten stellen als mensen in zorg komen. Dus we willen eigenlijk altijd, vanaf het begin, ook mensen vanuit de omgeving erbij hebben. Dus het moet echt een uitzondering, met super veel redenen zijn om dat niet te doen. Dan gaan wij in het team overleggen of we dan überhaupt wel zorg willen opzetten, zoveel belang hechten we eraan.” (Medewerker BuurtzorgT)*

***4.1.2 Verbondenheid & regie***

Verder worden *steungroepen* gezien als een manier om het netwerk te betrekken, steungroepen liggen volgens de hulpverleners in het verlengde van het betrekken van het netwerk. Waar de hulpverleners het betrekken van het netwerk als essentieel zien, zien de hulpverleners steungroepen als een middel om dit te bereiken én nog een stapje verder te gaan (naast een middel om doelen te behalen). Het stapje verder uit zich door met een steungroep de mogelijkheid te krijgen om “de diepte in te gaan”. De attitude van hulpverleners ten aanzien van steungroepen is positief, ze zien de meerwaarde van een steungroep omdat er ruimte ontstaat voor begrip en verbondenheid bij de cliënt en betrokkenen. Om ruimte te maken voor begrip en verbondenheid wordt er door de hulpverleners een kanttekening gemaakt, deze kanttekening is noodzakelijk om van een succesvolle steungroep te spreken. Het is essentieel dat de cliënt de regie heeft – zoals de RACT-methodiek voorschrijft - en blijft houden in een steungroep. Er moet worden uitgegaan van de eigen kracht van de cliënt. *“Dat we uitgaan van wat kan een bewoner zelf? Wat kan zijn netwerk? Dat is wel zoals we behoren te werken” (Medewerker WIJ).* Het opzetten van een steungroep is een tijdsinvestering, maar op de lange termijn wordt het gezien als een duurzame methode om doelen te behalen en het netwerk te betrekken.

### Hoe gemotiveerd voelen de hulpverleners zich om een steungroep op te zetten?

***4.2.1 Motivatie***

Het COM-B model en de zelfdeterminatie theorie omschrijven motivatie als (mede)verantwoordelijk voor de sturing van gedrag. Alle hulpverleners geven aan dat ze motivatie hebben om een steungroep op te zetten, alhoewel er wel verschillen te vinden zijn tussen de betrokken organisaties. De medewerkers van Community Support merken op dat steungroepen verweven zitten in de organisatie en hierdoor een hoge mate van motivatie ervaren. Ze geven aan dat *“ze in principe voor elke klant een steungroep opzetten” (Medewerker Community Support*, binnen Community Support worden cliënten klanten genoemd). Ze zijn ervan overtuigd dat steungroepen een meerwaarde zijn voor elke cliënt.

De medewerkers van Lentis, BuurtzorgT, WIJ en VNN ervaren ook een hoge mate van motivatie om steungroepen op te zetten, hier moet de kanttekening gemaakt worden dat het niet het uitgangspunt is. *“Alleen als het vanuit de cliënt een vraag is en dat het echt aansluit op waar we mee bezig zijn of op mijn rol zeg maar binnen de hulpverlening. Dus het is niet een doel op zich” (Medewerker BuurtzorgT).* Dit hangt volgens de medewerkers ook af van de hulpvraag van de cliënt, ze hechten waarde aan de motivatie van de cliënt. Er wordt door de medewerkers van Lentis en WIJ aangegeven dat steungroepen belangrijk zijn en dat ze er “steeds warmer voor lopen”, alleen wordt er een bepaalde werkdruk ervaren wat ten koste gaat van de motivatie. Daarnaast hangt het soort (steunend, niet steunend of soms afwezige) netwerk dat de cliënt heeft samen met de ervaren motivatie van de hulpverleners van Lentis, VNN en WIJ. Ook geven de medewerkers van WIJ en BuurtzorgT aan dat de multidisciplinaire samenwerking als gesloten wordt ervaren. Het wantrouwen tussen de medewerkers van de verschillende instellingen speelt een negatieve rol bij de ervaren motivatie.

**4.2.2 Plezier/voldoening**

De zelfdeterminatietheorie spreekt over intrinsieke motivatie en dat dit een voorspeller is van gedrag. Het viel op dat alle hulpverleners plezier en/of voldoening ervaren bij het opzetten van een steungroep om drie verschillende redenen. De eerste is dat de hulpverleners het plezierig vinden om de cliënt nog beter te leren kennen via het netwerk. De tweede reden is dat het contact tussen de betrokkenen in een steungroep verbeterd kan worden, wat zorgt voor een gevoel van voldoening bij de hulpverleners. Ten slotte wordt er aangegeven dat je jezelf misbaar maakt, de hulpverleners geven aan dat “het mooiste is om jezelf minder belangrijk te maken”.

### Welke competenties zijn van belang voor het opzetten van een steungroep?

***4.3.1 Een stapje terug kunnen doen***

Het COM-B model zet drie vaardigheden centraal: Kennis, kwaliteiten en competenties. Op het gebied van kennis geven de hulpverleners aan dat het belangrijk is om verstand te hebben van de methode (RACT), problematiek (individueel en in het netwerk) en gespreksvaardigheden. Uit de methode blijkt dat de cliënt de regie moet behouden, daarom geven de hulpverleners aan dat je “op je handen moet kunnen zitten”. De hulpverleners geven aan dat het essentieel is dat de hulpverlener een stapje terug doet bij het opzetten van een steungroep en uitgaat van de eigen kracht van de cliënt. Hierbij moet opgemerkt worden dat het belangrijk is om wel betrokken te blijven en te ondersteunen waar nodig. De manier om dit te bewerkstelligen is een goede vraagstelling, doorvragen en kunnen luisteren. De kunst van het doorvragen en aandacht blijven houden voor de autonomie van de cliënt zijn belangrijke competenties die een hulpverlener moet bezitten voor de implementatie van een steungroep.

*“Goed kunnen luisteren, vooral naar de cliënt. Wij hebben vaak al een bepaald plaatje in ons hoofd bij een bepaalde patiënt of bewoner, dan denken we dan zou het handig zijn als hij dit of dat of dat. Nee (…), je gaat eerst naar de cliënt: Wat wil hij? Dus goed luisteren, de vraag achter de vraag weten te herkennen. Doorvragen, breed vragen (…). Je moet ook een beetje op je handen kunnen zitten, dus niet te veel willen handelen en het vooral even laten” (Medewerker WIJ).*

***4.3.2 Overtuigd zijn van de meerwaarde***

Voordat een cliënt mee wil doen met het opzetten van een steungroep gaat een hulpverlener toelichten wat het concept is en wat de meerwaarde kan zijn. Om dit te doen moet je overtuigd zijn van het belang van steungroepen (wat samenhangt met de motivatie) en als kwaliteit een cliënt kunnen enthousiasmeren. Het is van belang om zelf te geloven in het succes van steungroepen en dit kunnen uitdragen naar anderen. *“En een cliënt gelooft er misschien ook niet direct in, maar moet je ook uitnodigen om het te gaan ervaren” (Medewerker Community Support).* Verder moet je transparant kunnen werken (concreet kunnen benoemen hoe een steungroep eruit ziet), beschikken over communicatieve vaardigheden en kunnen omgaan met weerstand. Wanneer er een steungroep is opgericht is het tevens van belang om een stapje terug te kunnen nemen en om een therapeutisch klimaat te kunnen creëren. Hierbij moet je kunnen aansluiten op het netwerk en contact kunnen maken met allerlei soorten mensen. De medewerkers van de organisaties liggen op een lijn als het gaat om relevante kennis, competenties en kwaliteiten die nodig zijn om een steungroep op te zetten.

Volgens de theorie van het geplande gedrag speelt het geloof in eigen kunnen een rol. De medewerkers geven aan dat ze in zichzelf geloven of spreken over de ervaring die ze hebben opgedaan, waardoor ze geloof in eigen kunnen ervaren. Deze resultaten komen overeen met literatuur verkregen uit het COM-B model. Het model spreekt over ervaring als een mogelijkheid om gedrag te beoefenen, waardoor het vermogen zal verbeteren en de motivatie zal verhogen (West et al., 2020).

### Hoe zetten de hulpverleners deze competenties in binnen hun werkzaamheden?

***4.4.1 Ontwikkeling***

De hulpverleners zetten de competenties in en scherpen deze aan door zich bezig te houden met hun eigen ontwikkeling, dit doen ze door trainingen te volgen en casuïstiekbesprekingen te hebben met collega’s. Ze zien het belang in van het volgen van een training (die vaak al gevolgd is of in de toekomst gepland staat) over Samen voor Herstel. Deze training zou volgens hun helpen om vertrouwd te raken met steungroepen en de RACT-methodiek. Naast het volgen van een training vinden de hulpverleners het belangrijk dat er ruimte is voor casuïstiekbesprekingen en sparren met collega’s. Het bespreken van casussen kan ervoor zorgen dat “de blinde vlek” van hulpverleners ontdekt en besproken kan worden. *“Casuïstiek. Casuïstiek-bespreking is goed en het is goed om te delen, hulpverlenen moet je eigenlijk nooit alleen doen volgens mij. Omdat je je eigen blinde vlek niet kan zien” (Medewerker WIJ).* De hulpverleners denken dat al pratende nieuwe mogelijkheden gezien kunnen worden, die anders mogelijk over het hoofd worden gezien. Hierbij moet de kanttekening gemaakt worden dat er binnen het team vertrouwen moet zijn in elkaar om open te communiceren, er moet sprake zijn van een open klimaat binnen een organisatie. Deze kanttekening hangt samen met de zelfdeterminatietheorie, de theorie spreekt over het belang van een positieve en uitdagende werksfeer (van den Broeck et al., 2009). De medewerkers spreken over dezelfde onderwerpen als het gaat over het inzetten en aanscherpen van hun competenties.

### Welke (externe) factoren spelen mee bij het opzetten van een steungroep?

***4.5.1 Sociale invloed***

Volgens de theorie van het geplande gedrag en de zelfdeterminatietheorie speelt sociale invloed een rol bij het ontstaan van een houding (en het voortkomende gedrag). Er wordt door de hulpverleners aangegeven dat het betrekken van het netwerk door hun collega’s als belangrijk wordt gezien, steungroepen worden echter (nog) niet optimaal door collega’s benut (enkele uitzonderingen daargelaten). De medewerkers geven aan dat het goed is dat het onder de aandacht wordt gebracht, omdat het “niet echt leeft”. Daarentegen geven de medewerkers aan dat collega’s het belang ervan wel inzien. De medewerkers denken dat het onderbelicht is bij hun collega’s, vanwege een ervaren tijdsgebrek en dat “de een er meer affiniteit mee heeft dan de ander”. Een uitzondering op de regel is de organisatie Community Support. De medewerkers geven aan dat het hele team werkt met steungroepen, het hele team is (volgens hun) eensgezind betreffende dit onderwerp. *“Ga het hele team interviewen, maar iedereen zal weten wat een steungroep is en iedereen zal het belang ook onderschrijven. We hebben het er al over bij de sollicitatiegesprekken (Medewerker Community Support).“*

Op de vraag of de mening van collega’s meespeelt bij de medewerkers bij het opzetten van een steungroep wordt aangegeven dat het kan meespelen. *“Op het moment dat er veel weerstand is en als mensen het niet willen (…) dan is het niet inspirerend en ook niet motiverend om er zelf mee aan de slag te gaan” (Lentis).* Maar daarnaast kunnen de hulpverleners standvastig zijn als ze een meerwaarde zien om een steungroep op te zetten.

***4.5.2 Belemmerende factoren***

Het COM-B model beschrijft externe factoren als een determinant die het gedrag mogelijk of onmogelijk maakt. Er is een onderscheid gemaakt tussen belemmerende- en bevorderende externe factoren, beginnende bij belemmerend factoren. Er spelen externe belemmerende factoren mee bij het opzetten van een steungroep volgens de hulpverleners. Wanneer er sprake is van een beperkt netwerk bij de cliënt wordt dit als een belemmerende factor ervaren, ze merken op dat het niet altijd vanzelfsprekend is dat een cliënt een steunend netwerk heeft. Hier moet weer de kanttekening worden gemaakt dat dit verschilt per organisatie, de hulpverleners werkzaam bij de organisaties die later aansloten bij Samen voor Herstel (Community Support en BuurtzorgT) begonnen niet over dit onderwerp of gaven aan dat “een negatief netwerk ook een netwerk is”. Er wordt ook aangegeven dat er spanning kan zijn bij de cliënt om het netwerk te betrekken, dat er sprake is van aannames en dat ze “beren op de weg” zien.

*“Ik heb eerder ook met mensen gewerkt die toch wat vereenzaamd zijn of die in een sociaal isolement zitten. En door de vraag te stellen: Wat voor mensen zou je er bij kunnen betrekken? Dat kan nog best wel confronterend zijn.” (Medewerker Lentis)*

Er speelt een werkdruk bij de werknemers van Lentis en WIJ en ze geven aan dat ze dit als een belemmerende factor ervaren. *“En eerlijk gezegd is tijd wel een grote factor bij steungroepen opzetten, dat kost gewoon heel veel tijd en we zitten allemaal in de waan van de dag” (Medewerker Lentis)*. Ten slotte wordt er aangegeven door de medewerkers van WIJ en BuurtzorgT dat de multidisciplinaire samenwerking – een belangrijk onderdeel van de RACT – binnen de context van steungroepen een belemmerende factor is. Dit komt volgens de hulpverleners door het wantrouwen tussen de verschillende organisaties; de multidisciplinaire samenwerking wordt als gesloten ervaren. *“De muren moeten naar beneden bij de instellingen” (medewerker BuurtzorgT).*

***4.5.3 Bevorderende factoren***

Naast belemmerende factoren spelen er externe bevorderende factoren mee bij de implementatie van een steungroep. Er is besproken dat een niet-steunend netwerk een belemmerende factor kan zijn, anderzijds is het hebben van een steunend netwerk een bevorderende factor. Volgens de hulpverleners (werkzaam bij VNN, WIJ & Lentis) speelt het begrip van naasten een grote rol, daarnaast moet er sprake zijn van draagvlak binnen het netwerk. Wanneer er begrip en draagvlak is bij de naasten kan het netwerk “onderdeel worden van de oplossing”. Een interne bevorderende factor is dat de er ruimte voor begrip kan ontstaan tijdens een traject, hierbij is het creëren van een therapeutisch klimaat belangrijk. Ze geven aan dat het de taak is van de hulpverlener om oog te blijven houden voor het netwerk gedurende het gehele traject. Een tweede externe bevorderende factor is een team waar ruimte is voor overleg en besprekingen, hierbij is het gevoel “het niet alleen te hoeven doen” een beduidend onderdeel. Overleggen en casuïstiekbesprekingen kunnen hieraan bijdragen. *“Ik vind het leuk om met andere mensen casussen te bespreken en zo op die manier van elkaar te leren” (Medewerker BuurtzorgT).*

### 4.6 Hoe veranderingsbereid zijn hulpverleners binnen hun werkveld?

De theorie van het geplande gedrag beschrijft de term veranderingsbereidheid als een determinant om gedrag te voorspellen. De hulpverleners hebben een hoge mate van veranderingsbereidheid, met de voorwaarde dat de hulpverleners zich betrokken voelen bij de verandering. Dit houdt in dat er duidelijk gecommuniceerd moet worden over waarom er bepaalde veranderingen plaatsvinden en wat de voordelen zijn van deze veranderingen. De hulpverleners staan open voor veranderingen wanneer de kwaliteit van de zorg hierdoor vooruitgaat, ook zien ze veranderingen als een mogelijkheid om kritisch te zijn en te blijven op de professionaliteit en kwaliteit van hun vakgebied. *“Ik ben wel redelijk flexibel volgens mij, ik schakel wel makkelijk mee. Ik denk dat dit voor iedereen geldt, als je maar achter het idee staat (…). Dat je in ieder geval weet waarom de veranderingen plaatsvinden, dan ben ik redelijk flexibel” (Medewerker Lentis).*

De implementatie van nieuwe werkwijzen kan volgens de hulpverleners beter georganiseerd worden, hierbij moet opgemerkt worden dat het vooral gaat over hoe de werkwijzen zich op de lange termijn ontplooien. Veranderingen worden op de korte termijn met enthousiasme gebracht en ontvangen, alleen op de lange termijn kunnen de veranderingen wel eens verwateren. De hulpverleners merken op dat het hebben van de tijd en de aandacht voor een verandering van belang is, daarnaast moeten er niet te veel veranderingen in een korte tijd plaatsvinden. De medewerkers van Community Support spreken niet over een nieuwe werkwijze bij de organisatie, maar spreken van het voordeel wat ze hebben ondervonden door de wetswijziging (de WMO) die hun systeemgerichte werkwijze onderschrijft.

*“Het valt en staat met hoeveel tijd en aandacht je ervoor mag hebben. Kijk, soms worden ook wel dingen bedacht, waarvan je denkt dat is handig maar als het dan vervolgens niet goed wordt geïmplementeerd (…). Dus als er niet een goede uitleg bij komt, of er komt geen goede scholing bij, of men krijgt een mailtje en we gaan voortaan zus en zo doen. Dan strandt het nog wel eens” (Medewerker WIJ).*

### 4.7 Wat hebben hulpverleners volgens hunzelf nodig om steungroepen succesvol te implementeren?

Het eerste wat naar voren komt is dat er meer tijd vrijgemaakt kan worden om de implementatie te bewerkstelligen bij de organisaties waar een werkdruk wordt ervaren, met name bij WIJ en Lentis. Daarnaast wordt er door de hulpverleners verder gekeken dan de huidige opzet. Het benutten van mogelijkheden in een wijk (denk aan mogelijkheden om samen te komen voor een kopje koffie of te sporten) en het breder trekken van de doelgroep (verder kijken dan alleen de EPA-doelgroep) zou mogelijk een gunstige invloed kunnen hebben op de implementatie van steungroepen. De hulpverleners geven aan dat casuïstiekbesprekingen en overleggen met collega’s over dit onderwerp kunnen bijdragen aan een succesvolle implementatie. De hulpverleners merken ook op dat het regelmatig onder de aandacht gebracht moet worden bij een cliënt. Het dient geen eenmalige vraag te zijn aan het begin van een behandeling, maar een doorlopend proces. Door dit proces te continueren wordt er ruimte gegeven voor bijstelling binnen een behandeling: *“Want iemands netwerk verandert voortdurend, ook de verhoudingen en relaties en de verbindingen in dat netwerk” (Medewerker Lentis).* Daarnaast geven de hulpverleners aan dat het inzetten van ambassadeurs (mensen die zich verantwoordelijk voelen voor de implementatie) een positieve werking kan hebben. Het is van belang dat deze ambassadeurs volledig staan achter het idee en kunnen laten inzien “dat het voor elke cliënt helpend kan zijn”.

### 4.8 Boomstructuur: Resultaten van deelvragen 1 en 2 (en de relevante dimensies en indicatoren)

In figuur 4.1 is een boomstructuur ontwikkeld om de (in)directe verbanden tussen de relevante dimensies en indicatoren te beschrijven. Om de boomstructuur te begrijpen moeten de volgende punten opgemerkt worden. De zwarte blokken zijn de deelvragen (1 en 2), de blauwe variabelen zijn de dimensies en de grijze variabelen zijn de indicatoren. De groene variabelen zijn de competenties die nodig zijn om de indicatoren te bewerkstelligen. Bij elke variabele staat of het geldt voor een (of meerdere) specfieke organisatie(s). Daarnaast staan er bij enkele variabelen geen organisaties aangegeven, dit betekent dat de variabele terug is gevonden bij de medewerkers van alle betrokken organisaties. De verschillen en overeenkomsten tussen de organisaties zijn op deze manier visueel kenbaar gemaakt.

Figuur 4.1

Figuur 4.1 Boomstructuur: Resultaten van deelvragen 1 en 2 (en de relevante dimensies en indicatoren).



# Hoofdstuk 5: Conclusie, Discussie en Aanbevelingen

*In het voorgaande hoofdstuk zijn de deelvragen beantwoord en in dit hoofdstuk wordt de probleemstelling beantwoord. Er worden relevante resultaten (van de deelvragen) gebruikt om de hoofdvraag te beantwoorden.*

### 5.1 Conclusie

Het onderzoeksdoel van de scriptie is om te onderzoeken wat de houding van hulpverleners – werkzaam bij Lentis, WIJ, VNN, BuurtzorgT en Community Support – is ten aanzien van steungroepen, om uiteindelijk in kaart te kunnen brengen hoe het succes van de implementatie vergroot kan worden. De volgende probleemstelling is gedefinieerd: *“In hoeverre heeft de houding van hulpverleners - werkzaam bij organisaties Lentis, VNN, WIJ, BuurtzorgT en Community Support – ten aanzien van steungroepen invloed op de implementatie hiervan?”.* Slofstra, Bruins en Castelein (2020) hebben onderzoek gedaan naar de ervaringen van de cliënt over steungroepen, in dit onderzoek is er gekeken naar de houding van de professionals en de mogelijke invloed op de implementatie. De houding van de hulpverleners ten aanzien van steungroepen is bij alle betrokken organisaties positief. Al zijn hierbij, afhankelijk van de organisatie waar een hulpverlener werkzaam is, wel kanttekeningen te maken.

***Overeenkomsten***

Er vallen overeenkomsten op tussen de vijf betrokken organisaties. Alle medewerkers zien een groot belang om het netwerk te betrekken en ervaren plezier of voldoening wanneer er met succes een steungroep wordt opgezet. Kortom, de intrinsieke motivatie is hoog. Hierbij viel op dat ervaring opdoen resulteert in meer motivatie en meer motivatie resulteert in het kunnen enthousiasmeren van cliënten. Ook vinden alle hulpverleners het essentieel dat de cliënt eigenaarschap heeft over een steungroep (zoals het volgens de RACT-methodiek bedoeld is), wat van een hulpverlener vraagt om een stapje terug te (kunnen) doen.

***Verschillen***

Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat er verschillen zitten in de houding van de professionals tussen de vijf betrokken organisaties. Hulpverleners van Lentis en WIJ geven aan dat ze belemmerd worden in hun motivatie om een steungroep op te zetten, vanwege het tijdsgebrek dat ze ervaren. Er zijn ook hulpverleners, werkzaam bij Lentis, BuurtzorgT, WIJ en VNN, die aangeven dat ze een steungroep willen opzetten mits het een hulpvraag is van de cliënt. Een opvallende bevinding is dat de medewerkers van Community Support zeggen dat een steungroep voor elke cliënt opgezet kan worden (zonder te spreken over een specifieke hulpvraag vanuit de cliënt). De methodiek RACT spreekt over het belang van een functionele multidisciplinaire samenwerking, uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat de medewerkers van WIJ en BuurtzorgT hier punten tot verbetering zien. Er moet volgens de medewerkers ruimte komen voor vertrouwen tussen de verschillende instellingen. Of een cliënt een afwezig, steunend of niet-steunend netwerk heeft (of ontwikkelt) kan een steungroep maken of breken volgens de medewerkers van Lentis, WIJ en VNN. De medewerkers van Community Support kijken hier anders tegen aan; ze geven aan dat een negatief netwerk ook een netwerk is en daarom altijd betrokken moet worden bij een steungroep. De medewerkers van VNN, WIJ, Lentis en BuurtzorgT geven aan dat steungroepen onderbelicht zijn bij hun collega’s, terwijl de medewerkers van Community Support opmerken dat het hele team met steungroepen werkt.

Met de onderzoeksresultaten van Samen voor Herstel in het achterhoofd en de informatie verkregen uit dit onderzoek kan er geconcludeerd worden dat de houding van een hulpverlener invloed heeft op de implementatie van een steungroep, naast dat externe factoren ook een mogelijke rol spelen. Dit is geconcludeerd omdat er een rode draad is gevonden in de resultaten. Het viel op dat de medewerkers van de organisatie Community Support, een organisatie waar steungroepen verweven zitten in de organisatie, altijd werken met steungroepen. Bij de sollicitaties wordt er al gescreend hoe een medewerker hier tegenaan kijkt en vervolgens wordt er bij elke cliënt een steungroep opgezet, zonder te spreken over belemmeringen. De medewerkers van de andere vier betrokken organisaties hebben ook een positieve houding, alleen ervaren ze meer belemmerende factoren die een invloed hebben op hun motivatie en hiermee op de implementatie van steungroepen. Deze conclusie komt overeen met data verkregen uit het COM-B model: De mogelijkheden (de externe factoren) moeten aanwezig zijn om het gedrag (het opzetten van steungroepen) te genereren door motivatie (West et al., 2020).

De meest significante belemmeringen zijn: Het gebrek aan tijd, het wantrouwen wat tussen de verschillende instellingen speelt (de multidisciplinaire samenwerking) en de cliënt die een niet-steunend netwerk heeft. Deze belemmerende factoren hebben een directe invloed op de motivatie en hiermee op de implementatie van steungroepen. Alhoewel het betrekken van het netwerk als essentieel wordt gezien, is het opzetten van een steungroep niet het uitgangspunt. *Concluderend kan er gezegd worden dat de houding (die samenhangt met de visie van een organisatie en de ervaren externe factoren) invloed heeft op de implementatie van een steungroep.*

### 5.2 Discussie

In dit hoofdstuk wordt er kritisch gekeken naar de opzet, het verloop en de condities van het onderzoek. Ten eerste moet er opgemerkt worden dat het aantal respondenten (n = 10) relatief beperkt is, men kan zich afvragen of het onderzoek representatief is voor de vijf betrokken organisaties. De interviews zijn op vrijwillige basis vormgegeven, de interviews nemen tijd in beslag en hier moet tijd voor zijn of worden vrijgemaakt. Door de vrijwillige basis is het mogelijk dat er alleen hulpverleners zijn geïncludeerd die een positieve houding hebben tegenover steungroepen, waardoor er mogelijk een selectie bias is opgetreden. Een selectie bias kan optreden wanneer onderzoekers niet weten of het om echte verschillen tussen groepen gaat, of om verschillen die optreden door het toewijzingsproces (Smits, 1999). In dit onderzoek kan een selectie bias verantwoordelijk zijn voor een te positief beeld over steungroepen binnen de resultaten.

De steekproeftrekking van het onderzoek was een gestratificeerde steekproeftrekking, het doel was om de organisaties in een gelijke verhouding te presenteren (twee per organisatie). Uiteindelijk zijn er meer deelnemers (drie) bij Lentis en minder bij VNN (een) geïncludeerd, waardoor Lentis een oververtegenwoordigde positie heeft binnen dit onderzoek. Daartegenover is VNN in het onderzoek ondervertegenwoordigd, dit heeft mogelijke gevolgen op de resultaten van het onderzoek. De resultaten weerspiegelen de mening van de medewerkers van Lentis in een grotere verhouding, dan de medewerkers van VNN (daarnaast kan één deelnemer niet spreken voor een hele organisatie).

Tevens moet de lezer er rekening mee houden dat dit onderzoek is gebaseerd op de ervaringen van hulpverleners, er kan dus niet met zekerheid worden gezegd dat de externe factoren ook daadwerkelijk een rol spelen. Daarnaast kan er geen causaal verband gelegd worden tussen een houding en de implementatie van steungroepen; er kan niet gezegd worden of een andere houding resulteert in het meer inzetten van steungroepen. Het laatste discussiepunt is dat alle interviews online afgenomen zijn, vanwege de huidige corona-maatregelen. Hierdoor zijn er mogelijk non-verbale signalen gemist, door het gebrek aan face-to-face contact kan relevante informatie makkelijker over het hoofd worden gezien.

### 5.3 Aanbevelingen

Er zijn verschillende aanbevelingen die de onderzoekster doet aan Menzis, deze aanbevelingen zijn (mede) geïnspireerd door de hulpverleners die deelnamen aan het onderzoek.

1. ***Ruimte voor overleg en casuïstiekbesprekingen.***

De mogelijkheid hebben om met collega’s in gesprek te gaan (met als voorwaarde een vertrouwde sfeer in een team) is nodig volgens de hulpverleners. Met meer mensen zie je meer dan alleen en volgens dat principe zien ze in dat casuïstiekbesprekingen een meerwaarde kunnen leveren. Er wordt aanbevolen om ruimte te creëren voor casuïstiekbesprekingen binnen een team, hoe vaak hier behoefte aan is moet nog gepeild worden.

1. ***Tijd***

Hulpverleners geven aan dat de implementatie van steungroepen een (duurzame) tijdsinvestering is, alleen ervaren ze niet genoeg tijd om de implementatie te bewerkstelligen. Er wordt aanbevolen om in gesprek te gaan met de hulpverleners, met als doel om samen te zoeken naar mogelijke oplossingen. Hetzelfde principe als de eerste aanbeveling is hier van toepassing: Samen zie je meer dan alleen. Het vragen naar knelpunten en het aanbieden van een luisterend oor zou (als eerste stap) kunnen bijdragen aan de ervaren werkdruk.

1. ***Multidisciplinaire samenwerking***

De multidisciplinaire samenwerking is verweven in de RACT-methodiek, alleen wordt dit nog niet optimaal benut door de betrokken organisaties. Een dag organiseren waar de medewerkers (die werken met steungroepen) elkaar leren kennen, op een informele manier, zou kunnen bijdragen aan het vertrouwen in elkaar.

1. ***Basiszorg en proces continueren***

De vraag aan de cliënt om een steungroep op te zetten kan worden ingezet als basiszorg. De mogelijkheid om een steungroep op te zetten kan standaard worden ingezet bij een behandeling, vooropgesteld dat het een vraag blijft en geen verplichting. Verder is het nog te vaak een eenmalige vraag, terwijl dit ook gezien kan worden als een continu proces. Het netwerk is altijd onderhevig aan veranderingen, waardoor de behoefte aan een steungroep ook kan veranderen. Er wordt aangeraden om bij halfjaarlijkse of jaarlijkse besprekingen de vraag terug te laten komen, een enthousiaste en transparante houding van de hulpverlener kan hier aan bijdragen.

1. ***Ambassadeurs***

Het zou kunnen helpen om een fysiek persoon in te zetten bij de implementatie van steungroepen. Er wordt aanbevolen om ambassadeurs in te zetten binnen de betrokken organisaties, mensen die compleet achter het idee staan en anderen hiervoor kunnen enthousiasmeren. Maak het hun taak om de hulpverleners te coachen waar nodig, trainingen te geven en vragen te beantwoorden. Al met al wordt er aanbevolen om mensen verantwoordelijk te maken om de implementatie te bewerkstelligen.

1. ***Vervolgonderzoek***

Een mogelijkheid om de belemmerende factoren te onderzoeken is het observeren van de implementatie van steungroepen. Door het implementatie-proces te observeren kan er meer informatie vrijkomen over mogelijke verbeterpunten, de factoren kunnen op deze manier in kaart worden gebracht. Voortvloeiend hierop kunnen passende oplossingen gezocht en aangeboden worden.

# Literatuurlijst

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*(2), 179-211. doi: <https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T>

Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen.* Amsterdam: Boom Uitgevers.

Bond, G. R., & Drake, R. E. (2015). The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry*, *14*(2), 240. doi: [10.1002/wps.20234](https://dx.doi.org/10.1002%2Fwps.20234)

Brinkman, J., & Oldenhuis, H. (2016). *Cijfers spreken*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.

BuurtzorgT. (z.d.). *Over ons*. Geraadpleegd op 26 januari 2021, van <https://www.buurtzorgt.nl/over-ons>

Community Support. (z.d.). *Onze werkwijze.* Geraadpleegd op 26 januari 2021, van <https://www.communitysupport.nl/hulpverlening/onze-werkwijze.htm>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). *Self-determination theory*. Geraadpleegd op 12 januari 2021, van <https://psycnet.apa.org/record/2011-21800-020>

F-ACT Nederland. (z.d.). *Wat is F-ACT?* Geraadpleegd op 19 januari 2021, van <https://www.f-actnederland.nl/wat-is-f-act/>

Friese, S. (2019). *Qualitative data analysis with ATLAS.ti*. London: Sage.

Initiatiefgroep Eigen Regie (2013). *Eigen regie als basis*. Geraadpleegd op 8 maart 2021, van <https://coalitievoorinclusie.nl/wp-content/uploads/2017/10/eigenregiealsbasis.pdf>

Kruidhof, I., Bruins, J., & Castelein, S. (2017). Resourcegroepen in de ggz hoe benutten we de triade van cliënt, naastbetrokkenen en behandelaren optimaal?. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, *15*(1), 4-7. doi: <https://doi.org/10.1007/s12468-017-0002-z>

Lentis. (z.d.). *Over lentis*. Geraadpleegd op 19 oktober 2020, van <https://www.lentis.nl/over-lentis/>

Malm, U., Lundin, L., Rydell, P., Nordén, T., & Norlander, T. (2015). Resource Group ACT (RACT)–A review of an integrative approach to psychoeducation of individual families involving the patient. *International Journal of Mental Health*, *44*(4), 269-276. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00207411.2015.1076290>

Menzis. (2019). *Samen voor Herstel bij psychische aandoeningen.* Geraadpleegd op 18 september 2020, van <https://www.menzis.nl/over-menzis/publicaties/zorg-zorgverzekering/2019/06/17/samen-voor-herstel-bij-psychische-aandoeningen>

Menzis. (2020, 1 juli). *Webinair – Samen voor Herstel – Samenvatting.* [videobestand]. Geraadpleegd op 4 oktober 2020, van <https://www.youtube.com/watch?v=0ged8dUAzTw>

Menzis. (z.d.). *Over coöperatie Menzis.* Geraadpleegd op 29 september 2020, van <https://www.menzis.nl/over-menzis/over-de-cooperatie-menzis>

Metselaar, E. E., & Cozijnsen, A. J. (2005). *Van weerstand naar veranderingsbereidheid: Over willen, moeten en kunnen veranderen*. Heemstede: Holland Business Publications.

Metselaar, E. E., Cozijnsen, A. J., & Van Delft, P. (2011). *Van weerstand naar veranderbereidheid*. Heemstede: Holland Business Publications.

Michie, S., Van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation science*, *6*(1), 42. doi: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>

Nordén, T., Malm, U., & Norlander, T. (2012). Resource group assertive community treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness: A meta-analysis. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 8*(8), 144-151. doi: <https://dx.doi.org/10.2174%2F1745017901208010144>

Phillips, S. D., Burns, B. J., Edgar, E. R., Mueser, K. T., Linkins, K. W., Rosenheck, R. A., & McDonel Herr, E. C. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric services*, *52*(6), 771-779. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.6.771>

Samen voor Herstel. (z.d.). *Samen voor Herstel: Herstellen doet u zelf, maar u hoeft het niet alleen te doen.* Geraadpleegd op 19 januari 2021, van <http://www.werkagendamenzisgemeenten.nl/wp-content/uploads/2016/10/Samen-voor-Herstel-definitief.pdf>

Slofstra, C., Bruins, J., & Castelein, S. (2020). *Rapportage monitoring*. Samen voor herstel. Groningen: Lentis Research.

Smits, J. (1999). *Selectiebias en zelfselectie in sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Tjaden, C. D., Mulder, C. L., van Weeghel, J., Delespaul, P., Keet, R., Castelein, S., & Kroon, H. (2019). The resource group method in severe mental illness: study protocol for a randomized controlled trial and a qualitative multiple case study. *International journal of mental health systems*, *13*(1), 15. doi: <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0270-2>

Tjaden, C. T., Boumans, J., Mulder, C. L., & Kroon, H. (2020). Embracing the social nature of recovery: A longitudinal, qualitative, multi-perspective study on the resource group method for people with severe mental illness. *Frontiers in Psychiatry*, *11*(11), 1316. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.574256>

Trimbos. (2015). *Erkenningstraject interventies langdurige GGZ: Assertive Community Treatment.* Geraadpleegd op 18 februari 2021, van [Erkenningstraject | Assertive Community Treatment (trimbos.nl)](https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/assertive-community-treatment)

Van den Broeck, A., De Witte, H., Vansteenkiste, M., Lens, W., & Andriessen, M. (2009). De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer. *Gedrag en organisatie*, *22*(4), 316-335. Geraadpleegd op 24 oktober 2020, van

<https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2009_VandenBroeckVansteenkiste_GO.pdf>

Van Eijk, E. (2006). *De inzetbaarheid van de oudere werknemer in de zorg: de theorie van gepland gedrag en de intentie te blijven werken* (Proefschrift Erasmus Universeit) [scholar]. Geraadpleegd op 1 november, van [8508\_f2fa05e0b211b8def9700398b4858b07%20(1).pdf](file:///C:/Users/Sanne/Downloads/8508_f2fa05e0b211b8def9700398b4858b07%20(1).pdf)

VNN. (2021). *Over VNN*. Geraadpleegd op 26 januari 2021, van <https://www.vnn.nl/over-vnn>

West, R., & Michie, S. (2020). A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation. *Qeios*, *1*(1), 1 - 6. doi: <https://doi.org/10.32388/WW04E6>

Wiekens, C. J. (2012). *Beïnvloeden en veranderen van gedrag*. Amsterdam: Pearson

WIJ Groningen. (z.d.). *Over WIJ Groningen*. Geraadpleegd op 26 januari 2021, van <https://wij.groningen.nl/over-wij-groningen/>

## Bijlage 1: Omgaan met proefpersonen

**Zorgvuldig omgaan met proefpersonen, respondenten en testkandidaten**

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

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

**Procedure / instructie**

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

*formulier* **Zorgvuldigheidsmaatregelen onderzoek door studenten Toegepaste Psychologie**

|  |  |
| --- | --- |
| Project / vak / studieonderdeel: | Afstudeerstage |
| Docent / coach: | Jacquelien Rothfusz |
| Onderwerp: | In hoeverre heeft de houding van hulpverleners - werkzaam bij organisaties Lentis, VNN, WIJ, BuurtzorgT en Community Support – ten aanzien van steungroepen invloed op de implementatie hiervan? |
| Begin- en eindtijd van het onderzoek: | 1 oktober 2020 – 30 april 2021 |
| Beschrijving van het onderzoek  (kort maar volledig): | De afgelopen twee jaar is er binnen verschillende organisaties gewerkt met steungroepen binnen het Samen voor Herstel project, uiteindelijk bleek dat de implementatie van steungroepen minder liep dan verwacht. Om in kaart te brengen hoe het succes vergroot kan worden is er onderzoek gedaan naar de houding van hulpverleners ten aanzien van steungroepen. Vervolgens is er onderzocht of de houding invloed heeft op de implementatie van steungroepen. |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Naam van de student(en): | Handtekening: |
| Sanne Meijers |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Datum: 30-10-2020

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Aankruisen indien van toepassing  **A** | | | Beantwoord onderstaande vragen als in de vorige kolom het vakje met 🡺 is aangekruist.  **B** | Kan hier redelijkerwijs toch nog schade uit ontstaan? (kruis het juiste vakje aan)  **C** | |
| **1**  **Privacy / anonimiteit** |  | | |  | Nee | Ja |
| 1.1  Ken je de naam van proefpersonen? Heb je adresgegevens? | Nee  🡿 | Ja  🡺  X | | Hoe is de anonimiteit gegarandeerd? *(Denk aan het niet opnemen van persoonlijke gegevens in een verslag, het veranderen van namen en gegevens enzovoort.)* Wanneer worden de gegevens vernietigd en wie is daar verantwoordelijk voor?  Als naam van proefpersoon of een bedrijf of dergelijke tóch wordt gepubliceerd, geven de betrokkenen daar dan expliciet toestemming voor?  De anonimiteit van proefpersonen is gegarandeerd door de respondenten te anonimiseren. Persoonlijke gegevens worden **nooit** naar buiten gebracht. De student is verantwoordelijk voor het voorzichtig omgaan met de gegevens en het vernietigen hiervan, de persoonlijke gegevens worden na het onderzoek gelijk vernietigd. | X |  |
| 1.2  Ken je het e-mailadres van de proefpersonen? | Nee  🡿 | Ja  🡺  X | | Hoe zorg je ervoor dat het adres uit je adressenlijst verdwijnt (sent items, contactpersonen, inbox, andere mappen enzovoort), o.a. met het oog op spam / verspreiding van virussen?  (Verder als bij 1.1)  E-mails zullen z.s.m. verwijderd worden door de student. | X |  |
| 1.3  Beschik je over (andere) persoonlijke gegevens? | Nee  🡿 | Ja  🡺  X | | Zijn deze gegevens nodig? Waarom?  (Verder als bij 1.1)  Er is bekend in het onderzoek waar de respondent werkt, deze gegevens zijn nodig omdat er gewerkt gaat worden met een gestratificeerd onderzoek (waarbij elke organisatie in een gelijke verhouding naar voren gaat komen). De functie van de respondent is daarnaast ter sprake gekomen in het interview, maar er is afgesproken om dit niet bekend te maken. Sommige betrokken organisaties zijn kleinschalig, waardoor een medewerker via de functie achterhaald kan worden. | X |  |
| 1.4  Komen proefpersonen op foto of op beeld- of geluidband te staan? | Nee  🡿 | Ja  🡺  X | | Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?  Wie krijgen dit materiaal te zien / horen?  Geven proefpersonen hier nadrukkelijk toestemming voor?  (Verder als bij 1.1)  De respondenten zijn geïnterviewd en er is in het begin van het interview nadrukkelijk gevraagd om toestemming voor het opnemen van het gesprek. Alleen de student krijgt het materiaal te horen. Het materiaal is zorgvuldig bewaard en na het onderzoek vernietigd. | X |  |
| 1.5  Wordt er gewerkt met bekenden van de onderzoekers? | Nee  🡿  X | Ja  🡺 | | Bestaat de mogelijkheid van rolverwarring?  Zijn er problemen denkbaar op het gebied van privacy of bijvoorbeeld strijdigheid van belangen en de verhouding die kan ontstaan door een lastige testuitslag?  Wat wordt er gedaan om deze problemen te voorkomen? Welke alternatieve oplossingen zijn overwogen en waarom zijn die niet toegepast? | X |  |
|  | | | | | | |
| **2**  **Informatie en toestemming** |  | | |  |  |  |
| 2.1  Wordt proefpersonen expliciet om toestemming gevraagd? | Ja  🡿  X | | Nee  🡺 | Waarom niet? | X |  |
| 2.2  Worden proefpersonen vooraf op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek / de interventie? | Ja  🡿  X | | Nee  🡺 | Waarom niet?  Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht? | X |  |
| 2.3  Wordt proefpersonen naar waarheid duidelijk gemaakt wie de opdrachtgever is / welke belangen de opdrachtgever heeft? | Ja  🡿  X | | Nee  🡺 | Waarom niet?  Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht? | X |  |
| 2.4  Kunnen proefpersonen deelname weigeren? | Ja  🡿  X | | Nee  🡺 | Waarom niet? | X |  |
| 2.5  Kunnen proefpersonen op elk moment stoppen / van verdere medewerking afzien? | Ja  🡿  X | | Nee  🡺 | Waarom niet? | X |  |
| 2.6  Wordt het proefpersonen duidelijk gemaakt in welke rol je met ze werkt? (Bijvoorbeeld om van te leren, als medewerker voor een opdrachtgever) | Ja  🡿  X | | Nee  🡺 | Waarom niet?  Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht? | X |  |
| 2.7  Wordt proefpersonen de mogelijkheid geboden op de hoogte te worden gebracht van uitkomsten / resultaten? | Ja  🡿  X | | Nee  🡺 | Waarom niet? | X |  |
| 2.8  Wordt aan proefpersonen onjuiste informatie verstrekt over de opdrachtgever, het doel van het onderzoek of dergelijke.? | Nee  🡿  X | | Ja  🡺 | Waarom?  Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht? | X |  |
| 2.9  Zijn (sommige) proefpersonen minderjarig? | Nee  🡿  X | | Ja  🡺 | Is toestemming geregeld met ouders/verzorgers? Zo nee, waarom niet? | X |  |
| 2.10  Zijn (sommige) proefpersonen wilsonbekwaam? | Nee  🡿  X | | Ja  🡺 | Is toestemming geregeld met eventuele andere verantwoordelijken? Zo nee, waarom niet? | X |  |
| 2.11  Is er een protocol gemaakt waarin staat hoe en in welke bewoordingen proefpersonen over de punten 2.1 tot en met 2.8 op de hoogte worden gebracht? | Ja  🡺  X | |  | Voeg het protocol bij. (zie bijlage 2) |  | |
|  | | Nee  🡺 | Waarom niet? |
|  | | | | | | |
| **3**  **Mogelijke schadelijke effecten** |  |  | |  |  |  |
| 3.1  Is er tijdens het onderzoek sprake van misleiding van proefpersonen? | Nee  🡿  X | Ja  🡺 | | Waarom is dit nodig?  Wat is de aard van de misleiding?  Wanneer en hoe worden proefpersonen op de hoogte gebracht (debriefing)? | X |  |
| 3.2  Kan de proefpersoon door deelname geestelijk, sociaal, fysiek of andere nadeel ondervinden? Denk hierbij *onder andere* aan bewustwording van iets onaangenaams, in verlegenheid, frustratie of stress worden gebracht, het ongewenst bekend worden van uitkomsten enzovoort. | Nee  🡿 | Ja  🡺  X | | Welke nadelen zijn denkbaar?  Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken?  Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?  Een respondent zou verlegen kunnen worden omdat hij het moeilijk vindt om zijn mening te uiten over het inzetten van steungroepen, daarnaast zou hij het lastig kunnen vinden om aan te geven dat hij geen steungroepen opzet (vanwege mogelijke onaangename gevolgen voor zijn aanstelling). Het anonimiseren van persoonlijke gegevens kan hier een oplossing voor zijn. | X |  |
| 3.3  Kunnen er groeperingen (denk ook aan kwetsbare groepen / minderheden) door deelname aan of bijvoorbeeld uitkomsten van onderzoek of publiciteit erover ervan nadeel ondervinden? | Nee  🡿  X | | Ja  🡺 | Welke nadelen zijn denkbaar?  Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken?  Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? | X |  |
| 3.4  Kunnen organisaties en dergelijke (bijvoorbeeld school of woningbouwcorporatie die er ‘slecht’ van afkomt) nadelen ondervinden van de uitkomsten van of publiciteit rond het onderzoek? | Nee  🡿  X | | Ja  🡺 | Welke nadelen zijn denkbaar?  Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken?  Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?  Zijn betreffende organisaties hiervan op de hoogte? | X |  |
| 3.5  Kunnen er op basis van het onderzoek beslissingen worden genomen (door bijvoorbeeld opdrachtgever) die nadelig kunnen zijn voor bepaalde (groepen) mensen? | Nee  🡿  X | | Ja  🡺 | Welke beslissingen kunnen voor wie nadelig zijn?  Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken?  Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?  Zijn andere betrokkenen hiervan op de hoogte? | X |  |
| 3.6  Kunnen uitkomsten / testuitslagen schokkend / naar zijn voor de betrokkene? | Nee  🡿  X | | Ja  🡺 | Worden er vooraf afspraken gemaakt over de bespreking van de uitkomsten / uitslagen?  Is er de mogelijkheid van opvang, nazorg of doorverwijzing geregeld? |  |  |
|  | | | | | | |
| **4.**  **Afweging voor- en nadelen** |  | | |  |  |  |
| Als er in het voorgaande zaken zijn waarmee proefpersonen of anderen te kort kan worden gedaan, staan daar wellicht voordelen van het onderzoek tegenover (verbetering van de situatie van mensen, onderwijs-/leerdoeleinden, verdiensten e.d.). Zijn er zulke voordelen? | Ja  X | | Nee  🡺 | Welke voordelen zijn dat?  In hoeverre wegen de nadelen op tegen deze voordelen? |  |  |

## Bijlage 2: Briefing

***Briefing: Hulpverleners & steungroepen***

***Achtergrond***

De afgelopen twee jaren is er gewerkt met steungroepen binnen verschillende organisaties, ook bij uw organisatie is er gewerkt met steungroepen. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat het inzetten van steungroepen kan bijdragen aan het herstel van cliënten, waarbij eigen regie en autonomie als speerpunten worden gezien. Ook uit het project Samen voor Herstel blijkt dat de cliënten die een steungroep hebben opgericht een toename van kwaliteit van leven ondervonden, daarnaast zijn er meer aanwijzingen voor de positieve impact van het inzetten van steungroepen.

Ik ben als Toegepast Psycholoog (in opleiding) aangenomen bij Menzis om een afstudeeronderzoek uit te voeren, ten aanzien van het implementeren van steungroepen en de invloed van de houding van hulpverleners hierop. Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen wat nodig is om het succes van het project Samen voor Herstel te vergroten, aan de hand van de kennis en ervaring van hulpverleners. Door mee te werken aan dit onderzoek helpt u mee aan een verbetering van de zorg voor cliënten en aan een vereniging van theorie en praktijk. De praktijkkennis die hulpverleners bezitten zijn van grote waarde op wetenschappelijk onderzoek, samen werken we aan een continue verbetering van de zorg.

Kortom, we zijn heel benieuwd naar uw mening over het opzetten van steungroepen.

***Privacy***

Wij vragen om één online interview (via een online platform zoals Teams) van +- 40 minuten, waarbij u de ruimte krijgt om u mening te verkondigen over het opzetten van steungroepen en het project Samen voor Herstel. Het gesprek zal opgenomen worden door de onderzoeker, dit gesprek kan ***alleen*** beluisterd worden door de onderzoeker en door niemand anders. Vanwege de ***privacy*** worden u gegevens nooit openbaar gemaakt, de persoonlijke gegevens worden geheel geanonimiseerd in dit onderzoek. Deelname is vrijwillig en u heeft het recht om op elk moment te stoppen met de deelname. Als u benieuwd bent naar de resultaten van het onderzoek bestaat de mogelijkheid om op de hoogte te worden gebracht aan de hand van een email. Wanneer u wilt deelnemen aan het onderzoek dient u alle gegevens hieronder in te vullen en vervolgens wordt er contact met u gezocht. Wanneer u de gegevens via de computer wilt invullen kunt u *cursief maken* wat van toepassing is.

* Ja, ik wil graag meedoen met het onderzoek.
* Nee, ik wil niet meedoen met het onderzoek.

***Indien u wilt deelnemen aan het onderzoek dient u onderstaande gegevens in te vullen***

* Ik wil liever per telefoon gebeld worden om een afspraak te maken en de details te bespreken.
* Ik wil liever per mail een afspraak maken en de details bespreken.

Z.o.z.

Naam:

Werkzaam bij:

Heeft u een steungroep opgezet? Zo ja, hoeveel?

Datum:

Emailadres:

Telefoonnummer:

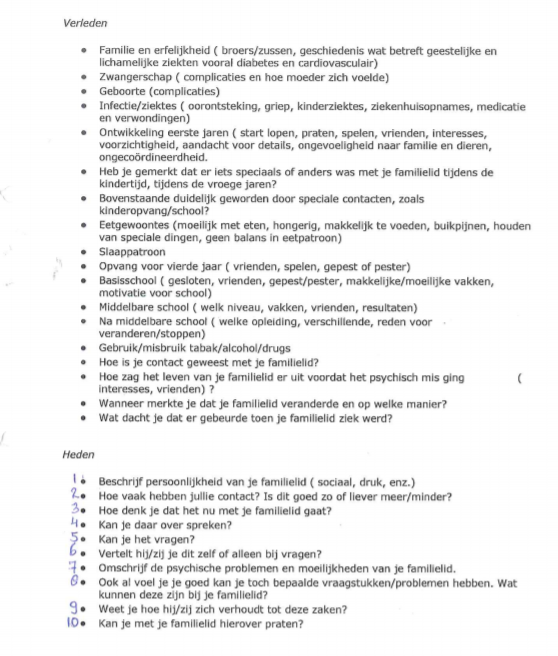
* Ja, ik wil op de hoogte gehouden worden van de resultaten van het onderzoek.
* Nee, ik wil niet op de hoogte gehouden worden van de resultaten van het onderzoek.

## Bijlage 3: Topiclijst

***Topiclijst: Semigestructureerd interview over het inzetten van steungroepen en de houding van hulpverleners***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Topics*** |  |
| Veranderingsbereidheid/  Attitude | * Wat vindt u ervan als er veranderingen zijn binnen uw werkveld? * Hoe vindt u dat de toepassing van nieuwe werkwijzen gaat? * Hoe belangrijk vindt u het om het netwerk te betrekken? * Wat vindt u van het opzetten van een steungroep? * Sluit het opzetten van een steungroep aan bij het betrekken van het netwerk?   *Zo ja, hoe? Zo nee, wat zou anders moeten?* |
| (Intrinsieke)  Motivatie | * Hoe gemotiveerd bent u om het netwerk te betrekken?   *Kunt u hier meer over vertellen?*   * Hoe gemotiveerd bent u om een steungroep op te zetten?   *Kunt u hier meer over vertellen?*   * Haalt u plezier/voldoening uit het opzetten van een steungroep?   *Zo ja, kunt u hier een voorbeeld van geven? Zo nee, wat is de reden hiervoor?* |
| Competenties | * Heeft u ervaring met het opzetten van een steungroep?   *Zo ja, hoeveel?*   * Hoe verliep dit proces? * Welke kennis is volgens u nodig om een steungroep op te zetten? * Welke kwaliteiten zijn volgens u nodig om een steungroep op te zetten? * Welke competenties zijn volgens u nodig om een steungroep op te zetten? * Hoe zet u deze competenties, kwaliteiten en kennis in tijdens het opzetten van een steungroep? * Wat heeft u eventueel nodig om deze competenties, kwaliteiten en kennis aan te scherpen? * Heeft u geloof in eigen kunnen als het gaat over het inzetten van deze competenties, kwaliteiten en kennis?   *Zo ja/nee, kunt u hier meer over vertellen?* |
| Externe factoren/sociale invloed | * Welke factoren - buiten uzelf - spelen mee bij het opzetten van een steungroep? *Bij onduidelijkheden: denk hier bijvoorbeeld aan de rol van de cliënt of de rol van het netwerk van de cliënt.* * Wat zijn belemmerende factoren bij het opzetten van een steungroep? * Wat zijn bevorderende factoren bij het opzetten van een steungroep? * Zetten collega’s steungroepen op?   *Zo ja, hoe ging dat? Zo nee, wat is de reden hiervoor?*   * Hoe denken uw collega’s over steungroepen? * Hoe denken uw collega’s over het betrekken van het netwerk? * Op welke manier speelt de mening van collega’s mee bij het opzetten van een steungroep?   *Kunt u hier meer over vertellen?* |
| Ervaringskennis | * Kunnen we steungroepen meer succesvol inzetten?   *Zo ja, hoe?*   * Wilt u nog iets vertellen wat niet ter sprake is gekomen? |

## Bijlage 4: Vragenlijst voor de betrokkenen van een steungroep





## Bijlage 5: Beschrijving van de betrokken organisaties

Hieronder worden de verschillende organisaties beschreven waar de geïnterviewden werkzaam zijn: Lentis, VNN, WIJ Groningen, Community Support en BuurtzorgT. De focus en de visie van elke organisatie zal hier kort genoemd worden.

**Lentis**

Lentis biedt geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en forensische gezondheidszorg in de provincies Drenthe, Friesland en Groningen. Na een verwijzing van een huisarts of een specialist kunnen cliënten terecht voor hulp, ze verlenen zorg aan kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen. Het doel van de organisatie is het verbeteren van de gezondheid en het welzijn van cliënten, ze beamen dat de professionals binnen Lentis zich betrouwbaar, beschikbaar en betrokken opstellen. Het versterken van autonomie, vergroten van persoonlijk- en functioneel participeren en verbeteren van kwaliteit van leven staat hierin centraal, “de mens en zijn verhaal” is het uitgangspunt van Lentis. Ze werken vanuit de overtuiging dat cliënten zoveel mogelijk de regie over hun eigen behandeling hebben, daarnaast zijn ze actief in de wijk en betrekken ze zoveel mogelijk de omgeving van de cliënt (Lentis, z.d.).

**VNN**

Verslavingszorg Noord Nederland zet zich in voor mensen met een verslaving, het aanbieden van een perspectief (en kwaliteit) op het leven is het uitgangspunt. Naast het aanbieden van zorg aan mensen met een verslaving zet VNN zich ook in om verslavingsproblemen te voorkomen. Ze hebben de overtuiging dat iedereen in de maatschappij verslaafd kan raken, mensen autonoom zijn en dat verslaving die autonomie beperkt. VNN werkt met de gedachte dat het belangrijk is om de cliënt en het systeem centraal te stellen en samen te werken met andere organisaties. De methode Oplossingsgericht Werken is breed geïmplementeerd, in de methode wordt er gefocust op oplossingen in plaats van problemen (VNN, 2021).

**WIJ Groningen**

WIJ Groningen adviseert en ondersteunt mensen in de gemeente Groningen, het liefst binnen het systeem (familie of vrienden). Ze zijn bezig met het stimuleren van talenten, benutten van mogelijkheden en versterken van de sociale samenhang in de wijk. Ze verzorgen de indicaties voor de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Jeugdwet, de professionals ondersteunen daarnaast de inwoners bij het regie voeren over de zorg en ondersteuning die zij krijgen (dit noemen ze casusregie). Ze vinden het belangrijk om aandacht te schenken aan de verbinding tussen inwoners en netwerken (WIJ Groningen, z.d.).

**Community Support**

Community Support streeft naar een duurzame versterking van de positie van burgers die hun houvast kwijt zijn in het leven. Ze zetten deskundige professionele ondersteuning in, naast het werken vanuit het sociale netwerk. Het is hun overtuiging dat mensen behoefte hebben aan verbondenheid vanuit het eigen systeem (familie en vrienden) en dat op deze manier resultaten meer duurzaam worden geïntegreerd. Ze vinden dat mensen niet als geïsoleerd individu gezien moeten worden, maar vanuit de persoon en het netwerk om hem heen. Deze samenwerking vindt plaats in een steungroep, daar wordt gewerkt aan een integraal samenwerkingsplan (Community Support, z.d.).

**BuurtzorgT**

BuurtzorgT verleent zorg aan cliënten met psychiatrische problematiek, gericht op de ambulante zorg. Ze willen de zelfredzaamheid van cliënten bevorderen, om deelname aan het maatschappelijk leven mogelijk te maken. Ze werken laagdrempelig met kleine autonome teams en bieden continuïteit in hun behandeling. De behandeling wordt gezien als maatwerk, er wordt aandacht geschonken aan het aansluiten op de vraag van de cliënt. Ze maken gebruik van ervaringsdeskundigheid, steungroepen, het netwerk in de buurt en sociale media om cliënten hun eigen kracht te laten vinden en gebruiken (BuurtzorgT, z.d.).

## Bijlage 6: Monitoring van Samen voor Herstel

De afgelopen twee jaar is er gewerkt met de RACT-methode binnen het project Samen voor Herstel, tevens is er onderzoek gedaan naar de implementatie van de methode. Er is een start gemaakt om te onderzoeken wat de effecten zijn op het herstel, kwaliteit van leven en de zorgtevredenheid van de cliënten. De methode van de studie was oorspronkelijk een case-control studie, met een voormeting en een follow-up na een jaar. Het was de bedoeling dat er 25 deelnemers geïncludeerd werden die de RACT-methode gingen volgen, bij deze groep lag de focus op het opzetten van een steungroep. Er werd geprobeerd om 25 deelnemers in de controlegroep te plaatsen, waarbij er sprake was van reguliere zorg (zonder het opzetten van een steungroep). Het project liep trager dan verwacht, binnen twee jaar waren er in totaal 19 deelnemers geworven. Daarnaast bleek uit de eerste metingen dat een deel van de deelnemers, die waren geïncludeerd in de experimentele groep, niet de zorg hadden gekregen zoals het volgens de Samen voor Herstel-methode bedoeld was. Door deze veranderingen was de validiteit binnen het onderzoek niet meer gewaarborgd, waardoor er besloten is om het format van de case-control studie los te laten. Uiteindelijk heeft het onderzoek de vorm gekregen van een kwalitatief cohortonderzoek, naar de ervaring van mensen met een EPA over de pilot Samen voor Herstel (Slofstra et al., 2020). Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat wanneer er deelgenomen is aan de werkwijze van Samen voor Herstel er een (significante) toename van kwaliteit van leven wordt ondervonden, met name bij de groep die ook heeft deelgenomen aan de nameting. De groep deelnemers waar steungroepen van de grond kwamen laten een (niet statistisch significante) afname van symptomen zien, daarnaast is ruim een kwart van deze deelnemers zelfstandig gaan wonen. De resultaten laten zien dat er op verschillende domeinen effecten te zien zijn wanneer een cliënt een steungroep opzet. Desondanks was het percentage van mogelijke deelnemers die niet geïncludeerd waren hoog (boven de 80 %), het overgrote deel wat in aanraking kwam met de werkwijze was niet geïnteresseerd om een steungroep op te zetten (zie tabel 1.2). Hierbij moet opgemerkt worden dat WIJ-team de Wijert niet heeft deelgenomen aan de werving van mogelijke deelnemers.

Tabel 1.2. De aantallen en percentages mogelijke deelnemers per instelling, opgesplitst naar of ze al dan niet starten met de pilot en de monitoring (Slofstra et al., 2020).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Lentis | VNN | WIJ |
| Start SvH en deelname onderzoek (%) | 14 (12%) | 4 (9%) | 5 (8%) |
| Start SvH, geen deelname onderzoek (%) | 3 (2%) | 2 (4%) | 6 (10%) |
| Niet gestart met SvH (%) | 104 (86%) | 41 (87%) | 51 (82%) |
| Totaal | 121 | 47 | 62 |

Er waren 19 mensen geïncludeerd in het onderzoek, van de 19 deelnemers die meededen heeft er bij de minderheid (42 %) één steungroep bijeenkomst plaatsgevonden. Daarnaast bleek dat er veelal geen gebruik is gemaakt van de aangeboden trainingen voor de professionals (die meer uitleg geven over de kerngedachte van een steungroep), terwijl dit een belangrijk onderdeel is van de RACT-methodiek. Er zijn verschillende redenen die ervoor hebben gezorgd dat de implementatie van de methodiek is beperkt. Één daarvan is dat de hulpverleners vaak niet eraan toe kwamen de steungroep op te zetten, omdat het opzetten van een steungroep tijd en moeite kost. Ervaren hulpverleners merkten ook op dat er een beperkt draagvlak was onder ongetrainde collega’s, wat mogelijk van invloed was op de (niet al te hoge) motivatie van deelnemers om te participeren aan het project (Slofstra et al., 2020).

## Bijlage 7: Effectiviteit van steungroepen volgens onderzoek

Sinds het ontstaan van ACT zijn er veel onderzoeken gepubliceerd, zowel binnen de Verenigde Staten als buiten de Verenigde Staten. In de Verenigde Staten zijn tientallen gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken van ACT uitgevoerd om de effectiviteit te onderzoeken. Uit de resultaten is gebleken dat ACT effectiever is dan de standaarddiensten, vooral op het gebied van ziekenhuisgebruik en de verbinding in de gemeenschap (Bond & Drake, 2015). In uitbreiding van ACT is RACT ontwikkeld, de toevoeging van RACT op ACT is veelal onderzocht in Zweden.

Verschillende wetenschappelijke onderzoeken in Zweden concluderen dat het inzetten van steungroepen een efficiënte en effectieve behandelstrategie is voor mensen met een EPA (Nordén et al., 2012). Dit is te zien in een meta-analyse, alle cliënten die hebben meegedaan aan de meta-analyse ervaarden een verbetering in ten minste één opzicht. De cliënten ervaarden een verbetering op kwaliteit van leven, niveau van functioneren, sociale contacten, vermogen tot initiatief nemen en/of zelfvoorziening. De grootste verbetering was te zien op het gebied van kwaliteit van leven. De werkzaamheid van RACT bij schizofrene aandoeningen is aangetoond door een vijfjarig gecontroleerd follow-up onderzoek, er is aangetoond dat het sociale functioneren en de tevredenheid over de zorg is verbeterd (Nordén et al., 2012). Zes RCT-studies (een RCT is een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep) en 11 observationele studies laten zien dat deelname aan het RACT programma resulteert in een beter functioneren van sociale vaardigheden, welzijn en een vermindering van symptomen (de follow-up perioden varieerden van één tot vijf jaar) (Malm, Lundin, Rydell, Nordén & Norlander, 2015). Er zijn aanwijzingen van de werking van RACT te zien bij verschillende onderzoeken in het buitenland, ook in Nederland zijn hier aanwijzingen voor te vinden.

Onderzoek in Nederland laat zien dat in gevallen waar de specifieke steungroep-methode met succes is geïmplementeerd (d.m.v. het regelmatig samenkomen, het maken van een herstelplan, het nomineren van leden in de steungroep en het maken van een agenda door de cliënt) er vijf herstel-faciliterende processen ontvouwen (Tjaden, Boumans, Mulder, & Kroon, 2020). Deze vijf processen zijn ervaring met ondersteuning, erkenning van belangrijke anderen, activering, openheid en integratie. Andere onderzoeken laten duidelijke effecten zien op opname(dagen) en huisvesting (Trimbos, 2015). Tenslotte toont onderzoek in Nederland aan dat resourcegroepen leiden tot een afname van klinische symptomen en een verbetering van het sociaal functioneren, ten opzichte van de standaardzorg (Kruidhof, Bruins, Castelein, 2017). Meervoudig onderzoek laat zien dat RACT een veelbelovende methode is, met regie en eigenkracht van de cliënt als pijlers.