

EENDUIDIG TRAINEN BINNEN SIZA ASW

Exploratief Onderzoek
naar de Invloed van Gedragsdeterminanten
op Begeleidingswijze

07 01 2019
D E V E N T E R
S A X I O N

Jos Folkers
4 0 2 9 9 4

Eenduidig Trainen Binnen Siza ASW:

Onderzoek naar de Invloed van Gedragsdeterminanten
op Begeleidingswijze

SAXION

In samenwerking met:

SIZA

07 - 01 - 2019

Auteur: J. Folkers

Eerste Scriptiebeoordelaar: drs. F. Hermsen

Tweede Scriptiebeoordelaar: dr. J.W. De Graaf

Contactpersoon Siza: mevr. T. Bouwhuis

Voorwoord

Voor u ligt een praktijkonderzoek dat is uitgevoerd als afstudeerscriptie van de studie Toegepaste Psychologie in navolging van de hoofdstroom Neuropsychologie. Dit onderzoek werd uitgevoerd bij een zorginstelling van Siza, te Velp. Daar werden er tijdens de stage in de periode van september 2017 tot februari 2018 verschillende praktijkproblemen waargenomen. Mijn contactpersoon bij Siza: mevrouw T. Bouwhuis gaf daar de mogelijkheid om een prominent praktijkprobleem op te lossen door er onderzoek naar te doen.

Met dank aan de samenwerking van mevrouw Bouwhuis en alle andere medewerkers uit het betreffende Team, heb ik de vraag van de opdrachtgever kunnen beantwoorden middels hun participatie. Mijn dank gaat wederom uit naar alle medewerkers van het team, alsmede alle andere collega's waar ik in contact mee ben gekomen tijdens de stage en het afstuderen.

Vanuit school heb ik de meest adequate en inspirerende begeleiding gekregen die ik maar kon wensen. Deze begeleiding ontving ik van mijn eerste en tweede scriptiebeoordelaars: mevrouw Frederieke Hermsen en de heer Jan Willem De Graaf. Beiden stonden klaar om in gesprek te gaan en om te helpen met het krijgen van inzichten. De feedback hielp mij om geschikte keuzes te maken ten aanzien van de rapportage en overwegingen omtrent de onderzoeksmethoden. Daarvoor breng ik enorme dank uit naar beide leraren.

Samenvatting

Dit onderzoek is tot stand gekomen naar aanleiding van een praktijkprobleem bij zorginstelling Siza de Arnhemsestraatweg (ASW), te Velp. Bij deze locatie wordt er in een van de teams zelfredzaamheidstrainingen gegeven aan mensen met ASS en bijkomende psychiatrische problematiek. Het aangekaarte probleem was dat er meerduidig werd opgetreden tijdens het trainen. Meerduidigheid en het ontbreken van systematiek resulteerde uiteindelijk in een stagnatie van de doorstroom. De begeleidingswijze was niet eenduidig genoeg. Met dit onderzoek werd gekeken naar de gedragsdeterminanten rondom het trainen en begeleiden van mensen met ASS. Hieraan namen zeven participanten deel. Dit waren alle participanten van het team dat zich bezighoudt met zelfredzaamheidstraining. Middels een vragenlijst onderzoek en een voorlichting als interventie (samen in de vorm van een effectmeting) werd gepoogd om inzicht te vergaren en te verschaffen omtrent de factoren die de gedragsintentie en daarmee het feitelijke gedrag beïnvloedden. De resultaten hebben laten zien dat de medewerkers voor de interventie over verkeerde informatie beschikten en dat deze informatie na de interventie beter was afgestemd op de wenselijke situatie. Deze toename van wenselijkheid en eenduidigheid gold voor kennis en verwachtingen onder constructen zoals: kennis over beleid van de organisatie, cognitie denkbeelden en beeldvorming, gedragsintentie en de houding omtrent de toekomstige trainingswijze binnen het team. De conclusie is dat het bewustzijn van de participanten, ten aanzien van een aansluitende houding en begeleidingswijze, is vergroot en dat zij aan de hand van een handreiking en aanbevelingen, de mogelijkheid hebben om vervolgstappen in te zetten om daarmee de gewenste veranderingen plaats te laten vinden.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	7
1.1 – Aanleiding	7
1.2 – De onderzoeksvragen	8
1.3 – Doelstelling	8
Hoofdstuk 2	9
2.1 – Autisme	9
2.2 – Passende systematiek	10
2.3 – Kwaliteitsstandaarden	10
2.4 – De methodiek bij Siza	11
2.5 – Gedragsdeterminanten	12
2.6 – Conceptueel Model	13
2.7 – Onderzoeksopzet	14
Hoofdstuk 3	15
3.1 – Onderzoeksmethode	15
3.2 – Onderzoeksdoelgroep	15
3.3 – Onderzoeksinstrumenten	15
3.3.1 – De vragenlijst	15
3.3.2 – De inventarisatie	17
3.3.3 – Kwaliteit van de onderzoeksinstrumenten	17
3.4 – Procedure	18
3.5 – Analyses	19
Hoofdstuk 4	20
4.1 – Resultaten effectmeting	20
4.1.1 Attitude	20
4.1.2 – Sociale Norm	22
4.1.3 – Eigen Effectiviteit	23
4.1.4 – Feitelijk Gedrag	23
4.2 – De interactieve oefening	24
Hoofdstuk 5	25
5.1 – Conclusies	25
5.1.1 – De effectmeting	25
5.1.2 – De interactieve oefening	29
5.1.3 – Beantwoording centrale onderzoeksvraag	30

5.2 - Discussie	30
5.2.1 - Betrouwbaarheid	30
5.2.2 - Validiteit.....	31
5.2.3 - Bruikbaarheid.....	32
5.3 - Aanbevelingen.....	33
Literatuurlijst.....	35
Bijlage I – Voorbeeld Zorgstandaard	38
Bijlage II –Draaiboek Interventie	40
Bijlage III – Rapportage Resultaten.....	49
III.1 Resultaten effectmeting.....	49
III.2 - Interactieve Oefening.....	54
Bijlage IV – Conclusies Aspecten	56
Bijlage V – Actieplan.....	58
Bijlage VI - Eigen werkverklaring	59

Hoofdstuk 1

1.1 – Aanleiding

De Arnhemsestraatweg (ASW) van Siza is een zorginstelling in Velp waarin Beschermd Wonen wordt aangeboden aan mensen met diverse problematiek. Deze locatie van Siza is voornamelijk bedoeld als autisme expertisecentrum waar begeleiders de cliënten helpen met hun dagbesteding, participatie en leefklimaat. De meeste bewoners hebben een indicatie binnen het autisme spectrum stoornis (ASS), maar sommigen hebben ook andere (psychiatrische) stoornissen of problematiek. Binnen de ASW werken drie verschillende teams gedifferentieerd naar zorgindicaties en zorgzwaartepakketten: team Wit, team Rood en team Blauw. De bewoners of cliënten van team Blauw krijgen vanuit hun zorgtoewijzing de mogelijkheid om bij Siza ASW te trainen op de vaardigheden die te maken hebben met het zelfstandige leven. Zij worden door de begeleiders geholpen om zo zelfredzaam mogelijk te worden, zodat zij uiteindelijk kunnen uitstromen en ambulante zorg ontvangen. Wanneer een cliënt uit de zorginstelling stroomt, is er ook instroom van nieuwe cliënten mogelijk. Siza de ASW streeft ernaar om na twee jaar begeleiding en training een cliënt door te laten stromen.

Het team van begeleiding bestaat uit regiebegeleiders die begeleiding uitvoeren aan de hand van een draaiboek en achterliggende regie. De regiebegeleiders zijn persoonlijke begeleiders voor een of meer cliënten. De begeleiders zoeken de samenwerking op met het cliëntsysteem (het netwerk van zorgvragers en zorgverleners, zoals psychiaters of psychologen). Het team functioneert autonoom en zonder formele teamleider. Het cliëntsysteem brengt samen in kaart wat de zorgbehoefte is van de cliënt en wat de mate van regie zal zijn. Daarnaast hebben de bewoners de mogelijkheid om aan te geven in welke mate zij contactmomenten willen. Het wonen op team Blauw heeft voor de bewoners specifiek te maken met alle dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Om hierin te kunnen oefenen en te trainen, biedt de begeleiding van Siza de mogelijkheid om strategieën aan te leren en om hulpmiddelen in te zetten. Deze vorm van begeleiding is sinds het jaar 2015 ingevoerd. Vanaf het najaar van 2017 hebben de medewerkers binnen team Blauw aan elkaar laten weten dat er onvoldoende systematisch wordt getraind. Zij hebben ook laten weten dat de begeleidingswijze hierdoor niet meer eenduidig is: volgens de medewerkers van het team wordt er op verschillende manieren gewerkt aan de doelen van hun cliënten. De medewerkers gebruiken verder al een aantal methodieken om doelen te stellen, maar er wordt nauwelijks systematisch of planmatig aan die doelen gewerkt. Er wordt volgens hen te veel zorggericht gewerkt. De medewerkers geven tot slot aan dat zij ondanks hun wens om de werkwijze en de begeleiding te systematiseren, zij nadrukkelijk ook maatwerk willen blijven bieden (persoonlijke communicatie, 26 januari 2018).

Meerduidelijkheid kan volgens Zorginstituut Nederland worden opgelost door het introduceren van een systematische en gestandaardiseerde aanpak op het gebied van beleid rondom begeleiding en trainen (Zorginstituut, 2011). Met systematisch wordt bedoeld dat methodes planmatig en/of stelselmatig worden gehanteerd en uitgevoerd (Fennes, 2016). Volgens Prochaska en DiClemente (1998) is het wenselijk dat de teamleden eerst bekend raken met het idee dat er wat gedaan moet worden aan hun huidige begeleidingswijzen. Dit betekent dat er bij de teamleden een gedragsverandering plaats dient te vinden (Prochaska & DiClemente, 1998). Om deze gedragsverandering in gang te zetten heeft ASW de medewerkers een training aangeboden door een expert op het gebied van autisme. Samen met deze trainer is er draagvlak ontstaan voor het veranderen van huidige werkwijze. Er is daarmee een nieuwe methodiek geïntroduceerd, maar nog steeds is er een gebrek aan systematiek in de begeleiding (persoonlijke communicatie, 15 april 2018).

De medewerkers willen meer systematisch te werk gaan, maar zij weten nog niet helemaal hoe zij dit zelf kunnen bewerkstelligen. Hiervoor dienen zij zich eerst bewust te worden van de *gedragsintentie* waarmee begeleid wordt (Prochaska & DiClemente, 1998). Met het ASE-model van De Vries, Dijkstra & Kohlman (1988; Ajzen, 1985) kan de gedragsintentie in beeld worden gebracht. Het model omvat de werking van de gedragsdeterminanten op het uiteindelijke gedrag wat gevormd wordt door de gedragsintentie. Deze

determinanten zijn: de Attitude, de Sociale Norm en de Eigen Effectiviteit. In de cyclus van gedragsverandering is bewustwording een belangrijke eerste stap.

Om meerduidigheid te voorkomen is het voor de opdrachtgever van belang om inzicht te krijgen in de gedragsintentie en de factoren die daaraan ten grondslag liggen. Het ASE-model wordt gebruikt om een beeld te schetsen van deze gedragsintentie en gedragsdeterminanten. Daarnaast is het belangrijk dat er gekeken wordt naar de benodigde kennis over het begeleiden van mensen met autisme alsook het feitelijke gedrag van de begeleiders. Deze beeldvorming kan tot stand komen met een meting. Volgens Bensing, Calsbeek, Morren en Rijken (2007) is het mogelijk om met een voorlichting de voornoemde aspecten, die betrekking hebben tot het begeleiden en trainen, groepsgewijs te bespreken. Tijdens de bijeenkomst waarin de voorlichting wordt gegeven, kan ook aandacht worden besteed aan de wijze waarop de regiebegeleiders met meer systematiek in de begeleiding te werk kunnen gaan. Zo kunnen de medewerkers met een interactieve oefening in gesprek gaan over wat zij in de toekomst allemaal willen verbeteren. Na deze interventie wordt opnieuw een meting gedaan om te kijken of de medewerkers anders zijn gaan denken over de gewenste aansluitende begeleidingswijze. Uiteindelijk zal er met de resultaten van het onderzoek een beeld worden geschetst van wat het team te doen staat om de gewenste veranderingen te implementeren.

1.2 – De onderzoeksvragen

Ter operationalisering van de vragen van de opdrachtgever is de volgende centrale onderzoeksvraag geformuleerd:

“Wat is het effect van doelgerichte interventie, rondom zelfredzaamheidstraining voor mensen met ASS, ten aanzien van de kennis, de gedragsintentie en het feitelijke gedrag van de medewerkers van team Blauw?”

Deelvragen die bijdragen aan het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag luiden als volgt:

1. *“In hoeverre beïnvloedt de interventie de Attitude van de participanten?”*
2. *“In hoeverre beïnvloedt de interventie de Sociale Norm van de participanten?”*
3. *“In hoeverre beïnvloedt de interventie de Eigen Effectiviteit van de participanten?”*
4. *“In hoeverre beïnvloedt de interventie het Feitelijke Gedrag van de participanten?”*
5. *“Hoe kijken de participanten naar de gewenste Toekomstige trainingswijze?”*

1.3 – Doelstelling

In team Blauw van Siza ASW krijgen cliënten de mogelijkheid om te trainen in het kader van zelfredzaamheid, onder begeleiding van de regiebegeleiders van het team. De huidige begeleidingswijze bevat te weinig systematiek. Het doel van dit onderzoek is enerzijds om de kennis, de attitude, de sociale norm, de eigen effectiviteit en het feitelijke gedrag van de medewerkers in beeld te brengen en anderzijds om in beeld te brengen wat het effect is van een doelgerichte interventie (voorlichting en interactieve oefening). Het doel van de interventie en de effectmeting, is om de gedragsintentie van de medewerkers te beïnvloeden. De gewenste gedragsverandering omvat een toename in eenduidigheid en systematiek omtrent de begeleidingswijze

Hoofdstuk 2

In dit hoofdstuk wordt er in de eerste paragraaf dieper ingegaan op de stoornis die centraal staat bij het begeleiden binnen de ASW. Daarnaast wordt er in de tweede paragraaf ingegaan op passende systematiek voor deze doelgroep. In de derde paragraaf wordt aandacht besteed aan de kwaliteitsstandaarden van het Zorginstituut Nederland (2015) en wat deze zeggen over de begeleiding rondom ASS. Verder, in de vierde paragraaf wordt er aandacht besteed aan de huidige methodieken die thans worden ingezet in team Blauw alsook het gebrek aan systematiek. De gedragsdeterminanten vanuit het ASE-model (De Vries, Dijkstra & Kohlman, 1988; Ajzen, 1985) worden beschreven in de vijfde paragraaf en toegelicht aan de hand van een conceptueel model in de zesde paragraaf. Tot slot worden er in de zevende paragraaf een onderzoeksopzet voorgesteld.

2.1 –Autisme

Autisme betreft een pervasieve ontwikkelingsstoornis, die niet te genezen is. De eerste kenmerken worden vaak al tijdens de peuter- of kleuterjaren opgemerkt (Baron-Cohen, 1998). Met hulp van begeleiding en therapie kunnen de nadelige gevolgen van de stoornis worden beperkt en soms zelfs omgezet in kwaliteiten (Baron-Cohen, 2002). Volgens cijfers van het Centraal Bureau voor Statistiek uit 2017, ligt de prevalentie van autisme in Nederland waarschijnlijk tussen de 0,6% en 1.5%. De incidentie van autismespectrumstoornissen (ASS) volgens gegevens uit 2014 is 0,11% van de bevolking. Dit betekent dat er jaarlijks van de 10.000 personen 11 personen de diagnose ASS krijgen.

Aan de diagnose ASS liggen minstens vier prominente disfuncties in het dagelijkse leven ten grondslag. Vier theorieën omvatten de kerneigenschappen van deze disfuncties: Theory of Mind (Baron-Cohen, 1998), Theory of Executive Dysfunctioning (Hill, 2004), Theory of Weak Central Coherence (Happé & Frith, 2006) en tot slot de Theory of Empathising-Systemising (Baron-Cohen, 2002). Volgens deze theorieën ondervinden mensen met autisme onder andere moeilijkheden op het gebied van communicatie, planning, houding, prikkelbaarheid en motivatie. De moeilijkheden komen vooral tot uiting in sociale situaties, bij het genereren van wenselijk gedrag (per context afhankelijk), en bij de mate van zelfredzaamheid. Bovendien ondervinden mensen vaak moeite met veranderingen en/of bij het maken van keuzes (Gilot & Standen, 2007). Sommige mensen hebben dagelijkse hulp nodig bij het maken van deze keuzes in alle dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Dit zijn alle activiteiten die bijdragen aan sociale, maatschappelijke en recreatieve participatie om zelfstandig te kunnen blijven leven. Behandeling van mensen met ASS heeft volgens Hamilton (2013) tot doel om te leren omgaan met ASS en het functioneren thuis, op het werk of andere levensgebieden, waarbij systematiek achter de training ook kan helpen om de psychische problemen te verminderen. Dit komt volgens Hamilton (2013) omdat systematiek situaties voorspelbaar maakt voor mensen met ASS. Verder is het opvallend dat mensen met ASS vaak niet in staat zijn om een inschatting te maken van sociale situaties (cognities, gedragingen of expressies daarvan), waardoor deze situaties als angstig wordt ervaren (Baron, Groden, Levasseur & Roden, 2002). Echter, voor het waarmaken van dromen en doelen zijn volgens Teunisse (2011) bij ieder mens meestal andere mensen nodig, met wie er samengewerkt moet worden. De vaardigheden zoals: afstemmen met anderen, eigen gevoelens en gedachten kunnen overbrengen en die van anderen kunnen inschatten, vooruitkijken en plannen, de planning uitvoeren en inspelen op veranderingen, spelen hierbij een belangrijke rol. Het zijn volgens Teunisse (2011) *juist deze* vaardigheden, waar mensen met ASS te kort in schieten en dus hebben ze vaak geen vanzelfsprekende aansluiting met andere mensen. Tenslotte betekent aansluiting vinden met mensen met autisme, dat er met het begeleiden op eenduidige wijze wordt gehandeld en dat er dus wordt gestreefd naar stabiliteit en een gelijkvormige handelingswijze (Hume, Lantz, Loftin, 2009).

Alleen met hulp van passende begeleiding en zorg op maat kunnen de cliënten hun nieuwe gedragspatronen aanleren, uitvoeren en behouden (Hearsey, Mesibov, & Schopler, 1995). Dit kunnen zorginstellingen bewerkstelligen door het hanteren van passende systematiek in de uitvoering van het beleid (Zorginstituut, 2018).

2.2 - Passende systematiek

In het kwaliteitshandvest en andere beleidsdocumenten van Siza, wordt uitvoerig beschreven hoe de regiebegeleiders als *actoren* dienen op te treden in het uitvoeren van de correcte begeleidingswijze (Hoogwerf, 2008). Verscheidene tactieken worden in het kwaliteitshandvest benoemd, maar de feitelijk toegepaste begeleidingswijzen van de teamleden blijken niet overeenkomstig te zijn met deze beschreven strategieën. Het aanpakken van de huidige begeleidingswijze zal gedaan moeten worden door de actoren (uitvoerders) van het beleid. De regiebegeleiders vormen belangrijke actoren, want zij dienen het in zich te hebben om de juiste eenduidige werkwijze te verschaffen die aansluit op de behoeften van hun doelgroep. Inzicht krijgen in het verdelen van werkzaamheden om van plan tot uitvoering te komen kan worden gedaan aan de hand van de actorenanalyse van Hoogwerf (2008).

Zorg op maat vereist een passende systematiek (Hamilton, 2013; Hume, Lantz, & Loftin 2009; Binder, 1993; Zeevalking, 2000). Deze passende systematiek in de zorg kan worden bereikt door te werken met standaarden, maar niet alle vormen van zorg sluiten zomaar aan op de wensen van de cliënt (Zeevalking, 2000). Iedere individuele cliënt heeft een eigen persoonlijke handelingswijze en voorwaarden van omgang. Om met maatwerk aansluiting te vinden op deze behoeften, is makkelijker gezegd dan gedaan. Aansluiten op de behoeften betreft een proces van leren kennen, acclimatiseren, vertrouwen opbouwen: een langdurig proces dat onder invloed staat van menselijk gedrag en professionaliteit van begeleiding, alsmede van de cliënt in medewerking met de begeleiding - ook wel de therapietrouw (Borne, Mudde & Verhulst, 2007). De professionals zorgen op hun eigen manier dat deze aansluiting gevonden wordt. Dit betekent dus dat in de zorg rondom autisme, maatwerk centraal staat. Dit kan ook anders worden geformuleerd: de cliënt staat centraal. Om succesvol te zijn met deze doelgroep, dient training dus te rusten op maatwerk. Volgens verschillende studies (Hume, Lantz & Loftin, 2009; Zeevalking, 2000; Hearsay, Mesibov & Schopler, 1995) wordt er zonder achterliggende systematiek onvoldoende eenduidig gewerkt. Wanneer de manier waarop wordt getraind enkel en alleen gebaseerd wordt op maatwerk, kunnen de uitkomsten en handelwijzen echter nogal uiteenlopend zijn: de vorm van maatwerk komt tot uiting vanuit de gedachtegang van de begeleider. Passende systematiek vergroot in dit geval de eenduidigheid, omdat de begeleiders aan de hand van een dergelijke systematiek op dezelfde wijze een training verschaffen. Dit kan worden bereikt door een theoretisch raamwerk te bieden waarbinnen de regiebegeleiders hun keuzen dienen te baseren. Dit theoretisch raamwerk wordt (vanuit de overheid) aangeboden door de kwaliteitsstandaarden van het Landelijk Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

2.3 - Kwaliteitsstandaarden

Het Landelijke Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ is ontstaan uit een landelijk initiatief dat mede opgericht is door het Zorginstituut Nederland (Rijksoverheid), in samenwerking met een aantal andere zorginstanties zoals het NIP, Movisie en het Trimbos instituut. Dit netwerk heeft een onlinedatabase (<https://www.ggzstandaarden.nl>) opgericht met toegankelijke doch diepgaande informatie over de zorg en behandeling van diverse erkende stoornissen. Zo ontwikkelen zij kwaliteitsstandaarden (ggz-of *zorgstandaarden*) die door grote psychiatrische instanties worden opgenomen in het beleid. De kwaliteitsstandaarden geven aanbevelingen aan de beleidsmakers en uitvoerders van zorginstellingen over de inhoud van de zorg of over de organisatie van de zorg, ondersteuning en mate van zelfregie van de patiënt (Zorginstituut, 2018). Deze aanbevelingen gaan over maatwerk vanuit het cliëntperspectief, zoals hoe die zorg het beste georganiseerd kan worden en welke behandelingen het meest (kosten)effectief zijn. De Rijksoverheid haalde in 2016 een adviesplan aan, waarin het belang van maatwerk in de GGZ toegelicht werd (verkregen via de website van Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland: www.vgn.nl). Ook binnen deze zorgstandaarden wordt het belang van maatwerk bij autisme vaak aangehaald. Het Zorginstituut vermeldt zelf expliciet dat het bedoeld is om de cliënten vanuit hun perspectief te helpen. Het zorginstituut zegt daarmee dat de kwaliteitsstandaarden bijdragen om met systematiek toch passende zorg of begeleiding te verlenen. Hierna volgt een citaat waarin de definitie wordt gegeven van een "Zorgstandaard":

"Een zorgstandaard beschrijft in algemene termen vanuit het perspectief van de patiënt wat goede zorg is voor mensen met een bepaalde psychische aandoening gedurende het complete zorgcontinuüm, de *patient journey*. Een zorgstandaard geeft de (landelijke) norm waaraan multidisciplinaire, integrale zorg bij psychische aandoeningen moet voldoen. Daarbij staat in de zorgstandaard wat de patiënt

kan verwachten, niet alleen op het gebied van medicatie en behandeling, maar ook met aandacht voor participatie, de omgeving en de organisatie van zorg. Dit maakt het voor alle partijen in de brede ggz inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten in het zorgtraject.”

- Verkregen van de website: <https://ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/autisme>

De database bevat dus meerdere standaarden die bedoeld zijn om leidraad te bieden omtrent zorg voor autisme aan de hand van bepaalde contexten of kaders. De zorgstandaarden kunnen kennis en inzicht bieden over indicatiestelling, diagnostiek, verzorging, behandeling of begeleiding van mensen met deze stoornis. Met een beschrijving van inhoud, organisatie en kwaliteit van diagnostiek en behandeling voor mensen met autisme, kan er een kwaliteitskader worden ontwikkeld dat richtinggevend kan zijn voor de cliënten en hun naasten. Zorginstellingen en behandelaren, gemeenten en zorgverzekeraars, en inspectie van gezondheidszorg krijgen zo allemaal passende handvatten. Zo krijgen zorginstellingen handvatten voor het versterken van kennisontwikkeling en kwaliteitsbeleid ter verbetering van de zorg rondom autisme. In bijlage I wordt een uittreksel als voorbeeld van een zorgstandaard gegeven. De meest geschikte methodiek bij het begeleiden van mensen met ASS ten aanzien van het trainen van deelvaardigheden is een variabele. De methoden die ingezet kunnen worden verschillen per individuele cliënt. De eigenschappen van deze cliënten, zoals het IQ, het EQ en hun persoonlijkheid, wegen allemaal mee tijdens het uitkiezen van geschikte methoden. Concreet gezegd dient er een gestandaardiseerde strategie tot stand te komen. Het doorstroom traject wordt dan voorzien van een kader (begin, verloop, mijlpalen, afronding) en een *patient journey*, waardoor het verloop van het doorstroomtraject systematisch wordt bijgehouden door te werken met doelen en een agenda (ZonMW, 2018). Voor de begeleiders biedt dit kader en de patient journey houvast aan het doorlopen van het traject. De begeleiders kiezen op basis van maatwerk de geschikte methoden om het traject te doorlopen en houden zich aan de agenda om het gestarte proces bij te houden en te werken naar mijlpalen en afronding. Door de rapportages die met training te maken hebben te scheiden van de rapportages die met de overige begeleidingsmomenten te maken hebben, worden de taken overzichtelijk gemaakt. Met een vaste systematiek van de werkzaamheden kunnen verwachtingen beter worden afgestemd. Het doel van de zorgstandaarden is dus om als hulpbron bij te dragen aan het systematiseren van begeleiden van mensen met ASS door raamwerk te bieden.

Bij een zoektocht naar het beleid (en het kwaliteitshandvest) bij andere vooraanstaande zorginstanties in Nederland is opgevallen dat maatwerk vaak wordt vermeld als belangrijk, echter vielen de kwaliteitsstandaarden tijdens deze zoektocht even vaak op (o.a. Perspektief, Dimence, Riwis). In een artikel van Schene (2017) via de website van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, noemde Schene de zorgstandaarden een soort *routeplanner*: een handig instrument dat niet bepaalt waar je naartoe moet, maar wel vertelt via welke routes je bij je doel kunt komen. Niet alleen het beleid kan worden gestandaardiseerd, maar ook de uitvoering van het beleid. De zorgstandaarden zijn slechts bedoeld als hulpbronnen om inzicht te geven in het benodigde raamwerk van de zorg. De regiebegeleiders van Siza ASW dienen los van deze hulpbronnen zelf te beslissen in hoeverre zij de uitvoering standaardiseren en systematiseren.

2.4 - De methodiek bij Siza

De zorginstellingen van Siza richten zich doorgaans niet alleen op het behandelen van de beperkingen die bij de stoornissen komen kijken, maar op de levensloopvisie. Dit doen zorginstellingen vanuit de wetenschap dat ook deze doelgroep zelfredzaam kan zijn met de juiste begeleiding. Het uiteindelijke doel van team Blauw is om mensen met autisme de kans te bieden om begeleid te worden in het ontwikkelen en vormgeven van een eigen leven met een eigen regie. Zelfredzaamheid bij autisme is een hoofdonderwerp en omvat eigenlijk in één woord het doel van team Blauw van Siza ASW: cliënten trainen naar optimale zelfstandigheid, waarbij de begeleiders training verzorgen aan de hand van deelvaardigheden van taken die in het kader staan van zelfstandigheid: alle dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Centraal staan de gebieden van zelfverzorging, maatschappelijke participatie (werk, vrijwilligerswerk, dagbesteding), school en persoonlijke interesses. Deze activiteiten worden binnen het praktijkkader gezien als ADL, omdat dit activiteiten zijn die bijdragen aan sociale, maatschappelijke en recreatieve *participatie*. Om ontwikkelingen in zelfredzaamheid en ADL te kunnen bewerkstelligen is het noodzakelijk voor de cliënten en begeleiders om te trainen op specifieke

deelvaardigheden (Hume, Lantz, & Loftin, 2009). Mensen met autisme lopen ook vooral vast in deze ADL, omdat elke deelvaardigheid van een taak kan worden gezien als een nieuwe uitdaging. Er wordt gestreefd naar een periode van ongeveer twee jaar waarin de cliënt traint om zo zelfredzaam als mogelijk te worden. Daarbij worden dan doelen bedacht om deze zelfredzaamheid te realiseren. In de dagelijkse praktijk maken de medewerkers gebruik van technieken zoals bijvoorbeeld: *Geef Me De Vijf!* (De Bruin, 2004), en *Willen-Kunnen-Durven-Doen*.

Een van de middelen die worden ingezet bij Siza ASW is een inventarisatielijst: de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM). Hierin zijn de deelvaardigheden ondergebracht in verschillende domeinen (leefgebieden). De ZRM kan tevens worden ingezet als zelfrapportagelijst. Dit hulpmiddel is door de GGD Amsterdam samen met de gemeente Rotterdam ontwikkeld en het is een aanpassing van de gevalideerde Self Sufficiency Matrix (SSM), door het Utah Homeless Management Information System (Movisie, 2017). In de praktijk is het een valide instrument gebleken. Volgens de website van de Nederlandse organisatie Movisie kan het instrument worden gebruikt bij de intake, de voortgang en bij de afsluiting van het ondersteuningstraject. Volgens Movisie kan er middels de ZRM op meerdere momenten worden getoetst om inzicht te krijgen in de vooruitgang die is geboekt. Op basis van de inventarisatie kan er vooronderzoek worden gedaan naar deelvaardigheden middels een taakanalyse, waarna er een indicatie kan worden gedaan om interventies (oplossingen) op te baseren. Dit instrument kan naast vele andere methodes worden ingezet om eenduidig, effectief en efficiënt om te gaan met de doelen van het team.

Een ander instrument dat de medewerkers in team Blauw doorgaans inzetten is het Person Driven Plan, het 'PDP'. Het PDP is gebaseerd op de Amerikaanse versie: Person Centered Planning (O'Brian & Lovett, 1993). Dit is een persoonsgerichte, visuele, interactieve en vooral creatieve methode die voor individuen of groepen kan worden gebruikt om een gewenste ontwikkeling in beeld te brengen. Dit wordt gedaan door samenwerking van betrokkenen binnen het cliëntsysteem. De cliënt is degene met de hulpvraag en zijn wensen en doelen staan centraal. Een aantal belangrijke betrokkenen uit het cliëntsysteem zijn hierbij aanwezig. Volgens D. Rodenburg (persoonlijke communicatie 15 april 2018) kan deze methode voor mensen met een stoornis een behapbare hulpbron zijn. Het PDP wordt niet eenmalig ingezet, maar tussen de twee en vier keer per jaar. Dit wordt gedaan om de doelen en ontwikkelingen levendig te houden. Het PDP kan verschillend worden benaderd, maar het is doorgaans gericht op het in beeld brengen van een ontwikkeling van de persoon in kwestie. Hiermee wordt er een beroep gedaan op de volgende aspecten van de persoonsgerichte benadering: focus op persoon, capaciteiten en talent, investeer in nieuwsgierigheid om persoon te leren kennen, afhankelijk van naasten en betrokkenen van de persoon om genuanceerde beschrijving te geven met verhalen van mensen die persoon goed kennen, kijkt naar persoon met betrekking tot ADL, brengt mensen bij elkaar door gedeelde ervaring. Tijdens het PDP wordt er een beroep gedaan op de samenwerking en interactie van de betrokkenen. Het doel is dan ook om samen tot een plan te komen, waarbij de inbreng van de cliënt centraal staat. Siza zet het PDP in nadat de cliënt enige tijd is komen wonen op de locatie en nadat de nieuwe bewoner is geacclimatiseerd. Middels deze methode worden de algemenere doelen en wensen van de cliënt in kaart gebracht. De medewerkers alsmede de betrokkenen raken hierdoor meer betrokken bij het ontwikkelingstraject van de cliënt.

2.5 - Gedragsdeterminanten

Vanuit de literatuurstudie is er gekeken naar een model waarmee determinanten van gedrag worden toegelicht. Dit is het ASE-model van De Vries et al. (1988), dat oorspronkelijk door Ajzen (1985) is ontwikkeld (Theory of Planned Behavior). Met het ASE-model wordt verondersteld dat het gedrag bij een individu wordt beïnvloed door Attitude, Sociale Norm en de Eigen Effectiviteit. De attitude bestaat uit de componenten van gedrag, de kennis, de cognitie en affectie. Het vergroten van kennis middels een voorlichting over de gedragsdeterminanten kan mogelijk helpen bij de bewustwording met betrekking tot het veranderen van de uitkomsten van het gedrag, ofwel de invloed op consequenties. Indien de factoren die voor een belangrijk deel negatieve uitkomsten veroorzaken duidelijk worden voor het team, dan kan hierop worden ingespeeld door de zorgverlener. Deze factoren kunnen zijn: een gebrek aan kennis over de organisatie, gebrek aan kennis over

het begeleiden, gebrek aan kennis over autisme, gebrek aan vaardigheden, of gebrek aan samenhang in sociale norm (onduidelijke, niet eenstemmige afspraken). Deze aspecten beïnvloeden allemaal de uitkomsten van het gedrag. De gewenste uitkomst van het gedrag is dus eenduidigheid, wat eigenlijk betekent dat de begeleiders met dezelfde methode werken en deze op dezelfde wijze toepassen. Het standaardiseren van de begeleidingswijze lukt niet vanzelf, omdat iedereen zijn eigen vaardigheden, kennis, attitude, belemmeringen en gedragsintentie heeft. Om die reden zijn er kwaliteitsstandaarden bedacht door het Zorginstituut Nederland (zie de vorige paragraaf 2.3). Deze standaarden ondersteunen de medewerkers van zorginstellingen en geven toegankelijke handvatten om omgangswijzen tussen de hulpverlener en zorgvrager af te stemmen.

De populariteit van 'The Theory of Planned Behavior' waar het ASE-model van De Vries, Dijkstra & Kohlman (1988; Ajzen, 1985) op is gebaseerd, is groots te noemen met meer dan 5000 citaties in 2010 ten opzichte van 182 in 1985 (Ajzen, 2011). Echter bestaan er ook kritieken op het model, laat Ajzen zelf weten. Sommige onderzoekers ontkennen bijvoorbeeld rechtstreeks dat het model een passende beschrijving geeft van menselijk gedrag. Deze onderzoekers beweren dat het bewustzijn geen belangrijke creatieve (voortbrengende) functie heeft (Ajzen, 2011; Wegner & Wheatley, 1999) en nemen het perspectief aan dat menselijk gedrag voornamelijk gevormd wordt door impliciete attitudes (Ajzen, 2011; Greenwald & Banaji, 1995) en andere onderbewuste mentale processen (Ajzen, 2011; Aarts & Dijksterhuis, 2000). Daarbij geeft Ajzen aan in zijn onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van de voorspellende waarden van het model, dat deze gering zijn en niet volledig verantwoordelijk mogen worden gesteld om het gedrag mee te bepalen. De kern van het ASE-model draait volgens Ajzen (2011) zelf rondom de intentie van het gedrag. De intentie van gedrag wordt volgens het ASE-model gedetermineerd door de voornoemde factoren van attitude, sociale norm en eigen effectiviteit. Het doel van het ASE-model is echter om het gedrag te voorspellen met inzicht in de intentie.

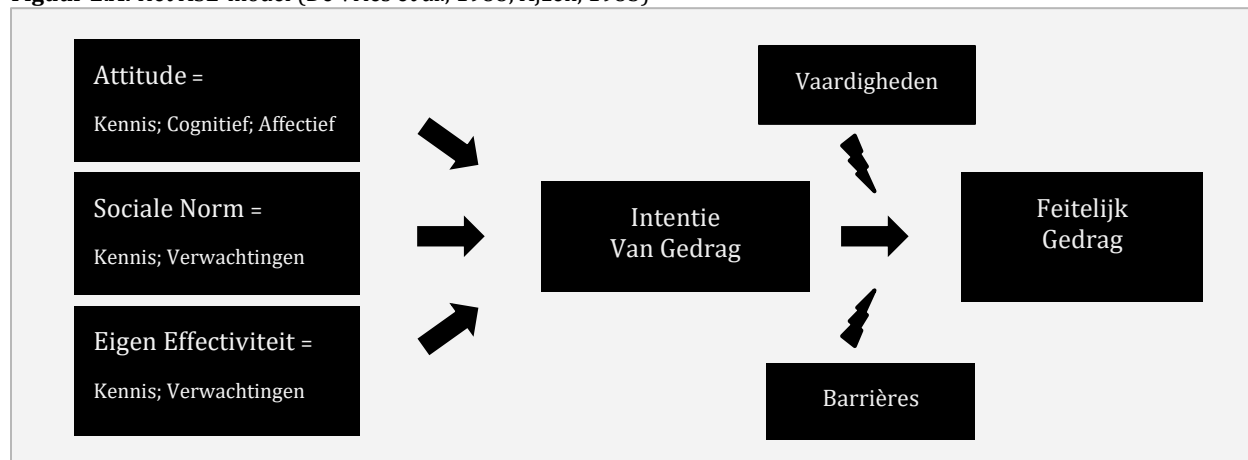
Om dit inzicht te bewerkstelligen en om onderscheid te maken tussen verschillende gedragsintenties is er gekozen voor een tweedeling. Dit is het *zorggerichte* perspectief en het *ontwikkelingsgerichte* perspectief. Zorggericht wordt in dit praktijkkader (als neologisme aangehaald en) gezien als persoonsgericht, waarbij zorg en nabijheid centraal staat. Echter wordt met ontwikkelingsgericht bedoeld dat dit perspectief meer trainingsgericht is. Dit betekent dat hoe meer er binnen team Blauw begeleid wordt vanuit het zorggerichte perspectief, hoe meer negatieve invloed dit heeft op het doelbereik van het team en de organisatie. Dit komt vanwege de vermeende consequenties, wat gedrag vanuit deze *intentie* kan veroorzaken. Op het gebied van de uitkomsten met betrekking tot het trainen naar zelfredzaamheid zal de ontwikkelingsgerichte intentie centraal dienen te staan. De cliënten worden namelijk vanuit de zorggerichte begeleidingswijze niet afdoende en doelgericht begeleid tijdens het trainingstraject. Om een adequate begeleiding te bewerkstelligen is er een passende intentie nodig, niet dat van verzorgen, maar dat van coachen, sturen en leiden. Dit is ietwat extreem geformuleerd om zodoende een duidelijk onderscheid te schetsen. De intentie van het gedrag, dus uit welk perspectief de medewerkers trainen, maakt wat de uitkomsten van het gedrag zijn volgens dit model.

2.6 - Conceptueel Model

Ondanks de kritiek op de geringe voorspellende waarde van *toekomstig* gedrag, is het ASE-model nog wel toepasbaar om bewustzijn te vergroten over de *huidige* gedragsintentie en uitkomsten (Ajzen, 2011). Hierom is er toch voor gekozen om het conceptueel model te baseren op het ASE-model. Omdat er met vooronderzoek is waargenomen dat de huidige attitude, sociale norm en mogelijk de eigen effectiviteit niet overeenkomstig zijn met de *gewenste* attitude, sociale norm en eigen effectiviteit, wordt er met dit onderzoek getracht om deze constructen te beïnvloeden middels een voorlichting. Dit conceptueel model is ter verduidelijking schematisch weergegeven in Figuur 2.A. Zoals te zien is zijn er toevoegingen gedaan om een duidelijke weergave te bieden van hoe de gedragsdeterminanten voor het onderzoek uiteen zijn gezet in deelconstructen. Deze horen feitelijk niet thuis in het ASE-model, maar deze zijn toegevoegd omdat dit de constructen zijn waar onderzoek naar wordt verricht. Bij Attitude gaat het om de toevoegingen: kennis + affectief + cognitief + gedrag. Bij Sociale Norm gaat het om de toevoegingen: verwachtingen + kennis van groepsdruk en groepsdynamiek. Bij Eigen Effectiviteit gaat dit over: verwachtingen + kennis over capaciteit van gedrag. Het conceptueel model is dus in

essentie overgenomen van het ASE-model, waarbij er toevoegingen gedaan zijn die dienen om de concepten meetbaar te maken.

Figuur 2.A: Het ASE-model (De Vries et al., 1988; Ajzen, 1985)



Figuur 2.A: Een bewerking van het ASE-model (De Vries et al., 1988) dat van toepassing is op de benadering van de onderzoeksvraag van de opdrachtgever. Met dit model wordt verondersteld dat er gedragsdeterminanten zijn die de uitkomsten van het gedrag van de begeleiders in Team Blauw op negatieve wijze beïnvloeden. Door een mogelijk gebrek aan kennis en vaardigheden of door andere factoren, zoals een niet wenselijke cognitie of bijv. on-afgestemde verwachtingen. Voor de bewerking zijn de gedragsdeterminanten (concepten) uiteengezet in meetbare deelconstructen.

2.7 – Onderzoeksopzet

Op basis van de toegelichte bronnen uit het theoretisch kader wordt ervoor gekozen om met de huidige onderzoeksopzet de methoden af te stemmen op de behoeften van de doelgroep van dit onderzoek. Om deze afstemming te bewerkstelligen zal er een interventie plaatsvinden die aanzet geeft tot een effectmeting waarbij de attitude (waaronder gedragsintentie) en het feitelijke gedrag centraal zullen staan. De onderzoeksdoelgroep dient betere afstemming te vinden met hun cliëntendoelgroep, wat maakt dat er vooral een beroep zal worden gedaan op het kennis aspect van de voorlichting. In het volgende hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet verder uitgelicht, waarbij de gebruikte methoden, de onderzoeksdoelgroep, de ingezette instrumenten en uiteindelijke procedure en gebruikte analyses allemaal aan bod komen.

Hoofdstuk 3

3.1 - Onderzoeksmethode

De ingezette onderzoeksmethode is een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Middels een vragenlijst worden er gegevens verzameld, waarmee uiteindelijk bekeken wordt of er wenselijk of niet wenselijk is geantwoord. Deze methode is kwantitatief. Vervolgens worden de gedragsdeterminanten van de medewerkers op kwalitatieve wijze geëvalueerd. Deze evaluatie vindt voor de interventie plaats en na de interventie. De resulterende gegevens worden met elkaar vergeleken en daarmee wordt er feitelijk een effectmeting gedaan. Bij de uiteindelijke rapportage van de verzamelde gegevens wordt een effectmeting gedaan. Dit draagt bij aan het verlenen van praktische betekenis aan de verzamelde gegevens. De resultaten hiervan kunnen niet worden gegeneraliseerd naar een grotere populatie van trainende begeleiders in andere (verwante) zorginstellingen in Nederland en de huidige steekproef is te klein om de resultaten op basis van een normaalverdeling te representeren (Verhoeven, 2011). De kwantitatieve onderzoeksmethode wordt ingezet om beeldvormende effectmeting te doen naar de gedragsintentie en de cijfermatige wijze hierbij draagt bij aan het meten van verschillen. De kwalitatieve vorm van onderzoek leent zich echter voor praktijkproblemen die beschrijvende resultaten behoeven op een voorschrijvende onderzoeksvraag (Verhoeven, 2011). Tijdens de interventie wordt er met een interactieve oefening tevens onderzoek gedaan ter wille van het in kaart brengen van de beeldvorming van de participanten. Dit is gebaseerd op de *Appreciative Inquiry Method*, ook wel Waarderend Onderzoek. Tot slot wordt dit onderzoek als casestudy uitgevoerd vanuit een praktijkgerichte benadering aan de hand van een effectmeting met interventie.

3.2 - Onderzoeksdoelgroep

De doelgroep bestaat uit de medewerkers uit team Blauw van Siza ASW. De populatie zou gezien kunnen worden als werknemers (gelijk aan regiebegeleiders) in zorginstellingen die trainen met mensen met ASS. Het team van Siza ASW bestaat uit zeven vrouwen en één man. De teamleden werken allen in het team dat speciaal gericht is op het trainen van mensen met ASS. Zij ondersteunen de cliënten zodat zij zich kunnen ontwikkelen om zo zelfstandig mogelijk te worden op verschillende gebieden van zelfredzaamheid (met betrekking tot ADL). In dit onderzoek worden de participanten als team (of groep) benaderd, omdat zij gezamenlijk de uitkomsten bepalen van het team binnen de organisatie. De mate van representativiteit is mogelijk vrij hoog omdat mogelijk dezelfde soort problemen spelen in andere teams binnen andere zorginstellingen die ook zorg en begeleiding bieden rondom de Wmo en Beschermd wonen.

3.3 - Onderzoeksinstrumenten

Met dit praktijkonderzoek worden er twee soorten instrumenten ingezet. De eerste is een vragenlijst naar gedragsdeterminanten (attitude, sociale norm, eigen effectiviteit). Om een gedetailleerd beeld te kunnen krijgen van de huidige houdingen en gedragingen van de onderzoekseenheden wordt er gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst met drie soort antwoordschalen. De inhoud van de items op de vragenlijst werd gebaseerd op de gedragsdeterminanten van het ASE-model van De Vries et al. (1988; Ajzen, 1985). Het tweede onderzoeksinstrument wordt ingezet tijdens de voorlichting door middel van een inventarisatie naar behoeften rondom de gewenste toekomstige begeleidingswijze (vanuit de empirische benadering). Ter verduidelijking staan de items van de vragenlijst onderverdeeld per (deel)construct in tabel 3.1. Deze tabel staat aan het einde van de paragraaf 3.3.1 weergegeven.

3.3.1 - De vragenlijst

Voor het eerste construct van de gedragsdeterminanten (Attitude) werden er 24 items (1 t/m 24) opgesteld. Dit werd gedaan met een 4-punts Likertschaal, welke als volgt liep: 'helemaal mee oneens'(1); 'een beetje oneens'(2); 'een beetje eens'(3); 'helemaal mee eens'(4). Bij de formulering van de items is rekening gehouden met *positieve* vraagstellingen, waarbij 'helemaal mee eens' op ordinaal niveau *wenselijker* is dan 'helemaal mee oneens', omdat de attitude dan congruent is met de gewenste attitude. De eerste antwoordschaal van de

vragenlijst hield verband met het construct van de eerste gedragsdeterminant, zoals deze weergegeven staat in het model: Attitude.

Omdat attitude een breed gedefinieerd concept is, werd het concept voor de vragenlijst uiteengezet in de deelconstructen van: kennis (items 1-5), affectie (items 6-10), cognitie (11-19) en gedrag (20-24), waarbij cognitie verder uiteen werd gezet in de sub-deelconstructen van: kennis (items 11-13), beeldvorming (items 14-16), denkbeelden (items 17-19) van begeleiden en autisme. De items 8, 13, 18, 22 en 27 werden met een negatieve vraagstelling geformuleerd en de waarden van deze items zijn daarom opnieuw gecodeerd. Een voorbeeld van een item die in de vragenlijst onder het concept attitude werd gebruikt is: *“Ik ben ervan op de hoogte dat deze zorginstelling werkt met GGZ-standaarden in het beleid.”*.

Er is met dit gedeelte van het onderzoek gekozen voor een 4-punts Likertschaal omdat het niet wenselijk is om een optie beschikbaar te maken waarin de participant geen mening hoeft uit te brengen. Dit komt omdat zij in de dagelijkse praktijk immers handelen vanuit overtuigingen en andere invloeden. Daarbij maken zij beslissingen, ondanks dat ze het er soms niet mee eens zijn. Dus om een duidelijk resultaat te bewerkstelligen omtrent de huidige attitude, werd er besloten om de antwoordschaal te laten bestaan uit vier antwoordmogelijkheden. Met twee uitersten werd gemeten of de participant het wel/niet met de vraagstelling eens is, en met de twee middelste werd gemeten of de participant het *gedeeltelijk* wel/niet eens is met de vraagstelling.

De tweede en derde constructen van de gedragsdeterminanten van het ASE-model zijn: Sociale Norm en Eigen Effectiviteit. Deze twee constructen werden voor de vragenlijst beide uiteengezet in de deelconstructen van: kennis en verwachtingen in het kader van het trainen en begeleiden van mensen met ASS. Voor deze items gold een dichotome antwoordschaal die als volgt liep: ‘mee oneens’ (1); ‘mee eens’ (2). De twee constructen Sociale Norm en Eigen Effectiviteit werden met vijf items gemeten (25-29). Een voorbeeld van deze vraagstelling luidt: *“Ik weet wat de verschillende betrokkenen (cliënten, familie, wijkteams, collega’s intra/extramuraal) van ons team verwachten, als team gaan wij daar strategisch mee om.”*. Bij deze twee constructen draaide het vooral om feitelijke kennis en feitelijke verwachtingen en dit valt te zien als zwart-op-wit (of wel, of niet). Met dit deel van het onderzoek is er dus voor gekozen om de vraagstelling en antwoordopties meer te laten sturen, zodat er duidelijke resultaten zichtbaar werden gemaakt.

Tot slot werden de participanten met het laatste item (30) van de vragenlijst bevraagd naar het *feitelijke* gedrag van de medewerkers om een goede training te bewerkstelligen. Het laatste item werd gesteld met de volgende stelling: *“Om een goede training te bewerkstelligen voor mijn cliënt, maak ik gebruik van de volgende middelen of manieren.”*. Met dit item konden de participanten uit negen antwoordmogelijkheden kiezen zoals bijvoorbeeld: *“Ik maak een gestructureerde aanpak dat in een trainings-begeleidingsplan komt te staan, wat het ook inzichtelijk en uitvoerbaar maakt voor mijn collega’s.”*. Dit item bestond uit een schaal van negen antwoordopties die optioneel allemaal tezamen konden worden gekozen. Het resultaat van dit item is dat er een overzicht kan worden gegeven van hoe de teamleden menen dat zij zelf gebruik maken van bepaalde hulpbronnen. Ook van dit item is het doel om zichtbaar te maken of de begeleiders op één lijn zitten, ofwel van elkaar kunnen leren omdat de wijzen van elkaar vandaan liggen.

Tabel 3.1 - Items per construct

Construct	Items
Attitude: Kennis over beleid van de organisatie	1, 2, 3, 4, 5
Attitude: Affectie	6, 7, 8, 9, 10
Attitude: Cognitie	
Kennis over ASS en trainen	11, 12, 13
Beeldvorming over ASS en trainen	14, 15, 16
Denkbeelden over ASS en trainen	17, 18, 19

Attitude: Gedragsintentie	20, 21, 22, 23, 24
Sociale Norm	25, 26, 27
Eigen Effectiviteit	28, 29
Feitelijk Gedrag	30
Construct	Items

3.3.2 - De inventarisatie

Tijdens de voorlichting werd er met een interactieve oefening aan de participanten gevraagd om relevante begrippen op plakpapiertjes te schrijven en om deze te verdelen op de desgewenste vellen. Deze vellen bevatten de volgende categorieën: *het verleden*, *het heden*, en *de toekomst*. De resultaten die werden geïnventariseerd werden tevens besproken tijdens de interventie zelf. De uitkomsten staan gerapporteerd in het volgende hoofdstuk. De wijze van coderen die voor de inventarisatie werd gebruikt is *open*. Glaser (1978) stelt dat er aandachtig gekeken dient te worden naar de opgewekte resultaten om deze in verhouding tot de onderzoeksvraag te interpreteren. Daarnaast wordt er gekeken naar welke concepten uit het theoretisch kader deze resultaten verwijzen. Vervolgens wordt er gekeken naar de bedoeling van de resultaten vanuit het perspectief van de doelgroep. Op basis hiervan werden codes omgevormd tot een beknopte interpretatie.

3.3.3 – Kwaliteit van de onderzoeksinstrumenten

Om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te borgen zijn er verschillende maatregelen ondernomen. Voor wat betreft de vragenlijst is er rekening gehouden met de opstelling van de items, zodat de vragenlijst bij deze doelgroep (begeleiders van mensen met ASS) ook kan worden toegepast binnen andere zorginstanties (dus binnen dezelfde populatie). Er is ook rekening gehouden met de reproduceerbaarheid van de vragenlijst, wat betekent dat de vragenlijst mogelijk kan worden herhaald. Echter, de resultaten van de vragenlijst kunnen waarschijnlijk niet worden gereproduceerd. De resultaten van een attitudeonderzoek kan namelijk van verschillende (variabele) condities afhangen. De omgeving, tijd, context, maar ook de gemoedstoestand van de participanten zijn variabelen waar moeilijk invloed in te vinden was bij het opstellen van de vragenlijst. Wel werd er afstemming gezocht met de participanten omtrent de duur van de afname, de plaats en ruimte die de participanten kregen om deze af te nemen. Zo werden de vragenlijsten via de mail met een unieke weblink per individu gedeeld, waarna zij ieder zeven dagen de tijd kregen om op hun eigen gemak de vragenlijst af te nemen. Hierdoor konden zij zelf kiezen wanneer de afname precies zou plaatsvinden. Er werd bewust voor gekozen om de vragenlijst niet klassikaal en op één moment in de ruimte en tijd af te nemen. De redenen hiervoor waren ten eerste omdat de medewerkers hier geen tijd voor zouden hebben tijdens hun werkzaamheden, ten tweede omdat zij moe en “uitgeblust” zouden zijn na hun werkdag of teamvergadering, en ten derde omdat het wenselijk was dat de participanten op eigen gemak de items af zouden kunnen nemen. Hiermee werd hopelijk de gemoedrust en het denkvermogen gestimuleerd. Want als een participant echt geen zin zou hebben om de vragenlijst af te nemen, zou dit ook niet gebeuren. Dit zou mogelijk kunnen resulteren in meer eerlijke antwoorden.

Met het opstellen van de voorlichting werd de betrouwbaarheid en validiteit ingekaderd door te werken met een draaiboek. De opzet hiervan werd onder andere geleend van een zorginterventie voor het stoppen met roken. Met een groot aantal aanpassingen werd het draaiboek volledig veranderd en afgestemd op de doelgroep van de participanten van het huidige onderzoek. Hierdoor kreeg het draaiboek de vorm van een officieel document, waarin risicofactoren en opmerkelijkheden tevens de ruimte kregen, zodat er werd geanticipeerd op onverwachte situaties. Een voorbeeld hiervan is het rekening houden met “crisisituaties”. Deze situaties komen op wanneer een cliënt zo hoog in de stress schiet dat hij of zij agressief, gewelddadig of zelfs suïcidaal wordt. Dan zou de voorlichting toch echt plaatst moeten maken om de regiebegeleiders terug in

hun rol te laten komen van hun werk. Een ander voorbeeld zijn de procesdoelen waar de gespreksleider rekening mee dient te houden tijdens de voorlichting. Dit zijn vooraf opgestelde doelen die helpen bij het procesmatig begeleiden van de gesprekken die tijdens de voorlichting gevoerd worden. Aan de hand van het draaiboek werd er dus rekening gehouden met de context, ruimte en tijd.

Betrouwbaarheid van de items kan niet worden gegarandeerd omdat het gaat om afhankelijke constructen en contextuele variabelen zoals de probleemstelling van het onderzoek al indiceert. Voor wat betreft de validiteit van het attitudeonderzoek wordt er gepoogd om een doeltreffende en passende vraagstelling te gebruiken. Hiermee wordt bedoeld dat de vraagstelling is afgestemd op de context binnen de probleemstelling en dat de items op een vooraf gestelde wijze in de vragenlijst geïmplementeerd zijn. Dit heeft geresulteerd in items die rondom hetzelfde concept werden opgesteld op een logische wijze werden gegroepeerd, wat mogelijk de respons van de participanten ten goede komt. Om dit te bewerkstelligen is er gebruik gemaakt van een operationaliseringsmodel.

3.4 - Procedure

De acht participanten werden via een e-mail uitgenodigd voor een persoonlijke afname van de vragenlijst. Deze vragenlijst werd gebouwd met hulp van het online softwareprogramma: *Qualtrics*. Zij hebben ieder een vragenlijst ingevuld met 33 items, waarvan er 30 corresponderen met de constructen uit het conceptuele model en drie items verzamelden demografische gegevens. Met de voormeting kregen de participanten zeven dagen de tijd om te reageren, de achtste dag werd de interventie gehouden. Drie dagen na de distributie van de vragenlijst in de voormeting werd er eenmalig een herinneringsmail gestuurd naar de participanten die de opdracht nog niet hadden voltooid. Voor de nameting werd er een week de tijd genomen. Zeven dagen na de voorlichting kregen zij ieder een persoonlijke uitnodiging via de mail voor de afname van de nameting. Voor het invullen van de vragenlijst kregen de participanten negen dagen de tijd.

De interventie voorlichting bestond in totaal uit drie onderdelen: (1) bespreking van de vragenlijst en het ASE-model, (2) bespreking van het verleden, het heden en de toekomst van het team, (3) bespreking van de kwaliteitsstandaarden van het Zorginstituut Nederland. Deze interventie werd eenmalig aangeboden. De inhoud van de bijeenkomst is vormgegeven in een draaiboek aan de hand van de opbouw voor een preventie interventie. Het gehele document is als bijlage (II) toegevoegd aan deze scriptie. Daarin zijn het doel, het deelnemersaantal, de werving, de informatieverschaffing, de methodiek van de interventie en de procedure beschreven. De interventie werd verder onderbouwd door het beschrijven van onder andere: de methode (de inhoud van de voorlichting), frequentie van de bijeenkomst, locatie en randvoorwaarden (condities) voor de ruimte waarin de bijeenkomst werd gehouden. Ook is er een beknopte omschrijving van de organisatie gegeven in het laatste onderdeel van het draaiboek. De bijlagen bestaan uit een uitwerking van de procedure van het draaiboek met de bijbehorende documenten, afbeeldingen en andere hulpmiddelen. Met het draaiboek werden praktische en procesmatige aspecten van de bijeenkomst beschreven. Zo werd beschreven waar de onderzoeker rekening mee diende te houden gedurende de proef; welke regulerende vaardigheden de onderzoeker kan toepassen en welke situaties vragen om bijsturing.

De onderzoeksvragen werden verder geoperationaliseerd aan de hand van een interactieve oefening waarin de participanten sleutelwoorden en kernzinnen over het toekomstperspectief (het verleden, heden, toekomst) van het team moesten inbrengen op *plakbriefjes*. Een aantal voorbeelden van mogelijke keuzes voor woorden stonden op een lijst die samengesteld was door de onderzoeker en deze is toegevoegd als bijlage van het draaiboek. Naast het meten van de deelconstructen die attitude vormen middels een vragenlijst, werd er onderzoek gedaan naar de begeleidingswijze van het team in het verleden, het heden en de toekomst. Door de medewerkers mee te nemen in het ontwikkelingsproces dat het team doormaakt, werd er op interactieve wijze als team stilgestaan bij de richting die zij opgaan en hoe zij uiteindelijk samen meer eenduidig kunnen trainen. De resultaten op de plakbriefjes werden geïnventariseerd. Dit had tevens bijgedragen aan de beeldvorming van de resultaten, zodat wanneer de uiteindelijke resultaten werden teruggekoppeld aan het team zij het inzicht konden krijgen in hun eigen antwoorden met meningen over de ontwikkelingen van het team. Deze metacognitieve inzichten omvatten dus eigenlijk de aanbevelingen die door hen zelf en aan hun zelf werden

gegeven binnen de bijeenkomst. Op deze manier werden de participanten gestimuleerd om deels zelf tot nieuwe antwoorden te komen.

3.5 - Analyses

De voormeting vormde de basis waarop de vergelijking plaatsvond met de nameting. Er werd gekeken naar de onderlinge verschillen en overeenkomsten in gedragsdeterminanten van de teamleden. De mate waarin de respons van ieder participant overeenkomt met elkaar geeft een weergave van de mate van eenduidigheid binnen het team. De participanten van het onderzoek werden dus als individuele eenheden beschouwd in de analyses van de hypothesetoetsing. De response ID's werden niet van elkaar onderscheiden omdat zij op anonieme wijze werden behandeld. Er werd niet gezocht naar mogelijke inter-item correlaties en de betrouwbaarheid (of consistentie) daarvan (in de vorm van Cronbach's Alpha), omdat de formulering van de items niet per se correleren met de gestelde constructen. Wel werden de items beschouwd op beschrijvende wijze middels bepaalde statistische gegevens zoals de modus en frequenties. Daarbij werden de bevindingen vergeleken met bevindingen uit literatuurbronnen.

Hoofdstuk 4

Bij de uitvoering van het onderzoek kwam het naar voren dat één van de acht vaste medewerkers van het team langdurig uit is gevallen. De zeven participanten van het onderzoek hebben allen de vragenlijst via een persoonlijke digitale web-URL ingevuld en alle zeven deden mee met de bijeenkomst. De respons voor de voor-en nameting was 100% en er waren geen missende waarden (*missing values*). In paragraaf 4.1 worden de resultaten van de vragenlijstafname (voor-en nameting) met elkaar vergeleken. De deelparagrafen van 4.1 zijn ingedeeld op de deelconstructen vanuit de onderzoeksvragen: Attitude, Sociale Norm, Eigen Effectiviteit, en het Feitelijk Gedrag. Tot slot worden de resultaten van de interactieve oefening uit de voorlichting beschreven in paragraaf 4.2. De uitgebreide resultaten van het onderzoek (effectmeting, interventie) met bijhorende tabellen staan gerapporteerd in de bijlagen (III).

4.1 - Resultaten effectmeting

Aan het onderzoek deden zes vrouwen mee en één man (n=7). De leeftijdsrange lag bij de participanten tussen de 22 en 34 jaar. Alle medewerkers zijn op hbo-niveau geschoold. Hieronder worden verder de meest opvallende resultaten van de items op de vragenlijst gerapporteerd. In de bijlagen (III) worden alle opvallende resultaten uitgebreid vermeld en in tabellen geplaatst. In dit hoofdstuk wordt alleen aandacht besteed aan opvallende veranderingen.

4.1.1 Attitude

Bij drie van de stellingen die het construct ***Kennis over beleid van de organisatie*** bevroegen, werd het met de nameting zichtbaar dat de participanten ongeveer hetzelfde hebben geantwoord als bij de voormeting. Ondanks deze gelijkenissen kwam de modus in andere gevallen hoger te liggen na de interventie. Item 2 ging over GGZ-standaarden en item 4 ging over de verwachtingen van dat er strategisch wordt gewerkt. Wat opvalt is dat de modus bij de items 2 t/ 4 hoger is komen te liggen. Dit is te zien in tabel 4.1 hieronder. Zo was er een toename van het aantal respondenten die het meest wenselijke antwoord gaven (m=4) bij items 2 en 4. Waar de meeste het bij de *voormeting* al een *beetje* eens (m=3) waren met de stellingen van *items 2 en 4*, waren de meeste het *helemaal* eens (m=4) met de stellingen tijdens de *nameting*. Wat verder opvalt uit de resultaten van het eerste deelconstruct is dat het merendeel van de participanten in beide de voor-en nameting het eens waren met stellingen die gingen over GGZ-standaarden, effectief trainen, verwachtingen van de betrokkenen en het hanteren van een plan van aanpak voor elke training. Bij de items 2 en 4 is deze kennis dus nog extra bevestigd.

Tabel 4.1 – *Kennis over beleid van de organisatie*

Stellingen	Modus voormeting	Aantal participanten	Modus nameting	Aantal participanten
Kennis – item 2 <i>GGZ-standaard</i>	3	4	4	6
Kennis – item 4 <i>Verwachting Strategisch</i>	3	4	4	6

Notitie: In de tabel worden de modus en de aantallen participanten respectievelijk gegeven van zowel de voormeting als de nameting.

Bij het construct ***Affectie*** was de modus van elke stelling bij de voor-en nameting gelijk. Er werden enkel verschillen gemeten in het aantal respondenten die hetzelfde antwoord koos. Zie tabel III.1.2 in de bijlagen (III) voor een uitgebreide rapportage en weergave van de verdelingen. De items 6 t/m 10 gingen over de belevenis van het begeleiden en trainen.

Wat bij het construct **Cognitie- Kennis** opviel was dat de modus van item 11 negatief veranderd is (zie tabel 4.2). De modus van de eerste stelling (*item 11*) was namelijk bij de effectmeting afgenomen naar een beetje mee *oneens*, waar dit bij de voormeting nog een beetje mee *eens* was ($m=2$, t.o.v. $m=3$). De modus veranderde niet bij items 12 en 13. In beide gevallen kwam naar voren dat de meeste participanten het '*helemaal eens*' met de stelling waren ($m=4$).

Tabel 4.2 – *Cognitie Kennis*

Stellingen	Modus voormeting	Aantal participanten	Modus nameting	Aantal participanten
Cog. Kennis - item 11 Aansluiting: Doen wat cliënt vraagt	3	3	2	4

Notitie: In de tabel worden de modus en de aantallen participanten respectievelijk gegeven van zowel de voormeting als de nameting.

Vanuit de effectmeting is gebleken dat de modus voor de constructen van **Cognitie- Beeldvorming** veranderd is voor wat betreft *items 14* en *16*, maar niet voor item 15 (zie tabel 4.3). De meeste participanten waren het eerst een beetje *oneens* met de stelling van item 14 tijdens de voormeting, maar met de nameting waren de meeste participanten het een beetje *eens* ($m=3$ t.o.v. $m=2$). De modus kwam hierbij dus hoger te liggen. Voor *item 15* is de modus onveranderd gebleven. De meeste participanten waren het in beide gevallen helemaal *eens* met deze stelling ($m=4$). Verder waren de meeste participanten het bij *item 16* een *beetje eens* tijdens voormeting, maar met de nameting waren de meesten het *helemaal eens* ($m=4$, t.o.v. $m=3$).

Tabel 4.3 – *Cognitie Beeldvorming*

Stellingen	Modus voormeting	Aantal participanten	Modus nameting	Aantal participanten
Beeldvorming item 14 <i>Patronen aanleren</i>	2	4	3	3
Beeldvorming item 16 <i>Mogelijkheden</i>	3	5	4	4

Notitie: In de tabel worden de modus en de aantallen participanten respectievelijk gegeven van zowel de voormeting als de nameting.

De *items 17, 18* en *19* hadden betrekking tot **Cognitie- Denkbeelden**. Een verschil tussen de gegevens van de nameting voor wat betreft het eerste item, is dat de modus *lager* is komen te liggen (zie tabel 4.4). Zo waren de meeste participanten het eerst een beetje *eens* met de stelling van *item 18*, maar met de nameting waren de meeste het een beetje *oneens* met deze stelling ($m=2$, t.o.v. $m=3$). Item 18 ging over het werken met langetermijndoelen. Verder zijn de gegevens van de modus onveranderd gebleven voor wat betreft *item 17* ($m=4$) en *item 19* ($m=4$).

Tabel 4.4 – *Cognitie Denkbeelden*

Stellingen	Modus voormeting	Aantal participanten	Modus nameting	Aantal participanten
------------	------------------	----------------------	----------------	----------------------

Denkbeelden item 18	3	4	2	6
<i>Langetermijndoelen</i>				

Notitie: In de tabel worden de modus en de aantallen participanten respectievelijk gegeven van zowel de voormeting als de nameting.

Voor wat betreft drie van de items onder het laatste deelconstruct van het concept Attitude: **Gedragsintentie** zijn de gegevens hetzelfde gebleven bij de nameting (zie tabel 4.5). Bij de eerste drie van de vijf stellingen (*items 20, 21, 22*) is de modus gelijk gebleven. Echter, bij *item 23* en *24* is er een verandering gemeten. De meeste participanten waren het tijdens de nameting een *beetje* eens bij de stelling van item 23, terwijl de meeste participanten het er met de voormeting nog *helemaal* mee eens waren (m=3, t.o.v. m=4). Bij de laatste stelling (item 24) kwam de modus op eenzelfde manier lager te liggen (m=3, t.o.v. m=4). Item 23 ging over aansluiting vinden middels maatwerk. Item 24 ging over het verliezen van aansluiting door het toepassen van uiteenlopende begeleidingswijzen.

Tabel 4.5 - *Gedragsintentie*

Stellingen	Modus voormeting	Aantal participanten	Modus nameting	Aantal participanten
Gedragsintentie item 23 <i>Maatwerk</i>	4	5	4	6
Gedragsintentie item 24 <i>Verliezen aansluiting</i>	4	4	3	4

Notitie: In de tabel worden de modus en de aantallen participanten respectievelijk gegeven van zowel de voormeting als de nameting.

4.1.2 – Sociale Norm

Van de stellingen die betrekking hadden tot de **Sociale Norm** lieten de verzamelde gegevens zien dat er met de nameting twee verschillen zijn opgetreden (zie tabel 4.6). Dit construct werd onderzocht met de items 25, 26 en 27. Voor *item 25* waren de meeste van de participanten het bij de nameting meer *eens* dan *oneens* bij de voormeting (m=1, t.o.v. m=2). Ook waren de meeste participanten het tijdens de nameting meer *eens* met de stelling bij *item 26*, in plaats van *oneens* tijdens de voormeting (m=2, t.o.v. m=1). De modus voor item 27 is echter onveranderd gebleven (m=1).

Tabel 4.6 - *Sociale Norm*

Stellingen	Modus voormeting	Aantal participanten	Modus nameting	Aantal participanten
Sociale Norm item 25 <i>Verwachtingen strategisch</i>	1	5	2	4
Sociale Norm item 26 <i>Effectieve Samenwerking Hulp van collega's</i>	1	4	2	6

Notitie: In de tabel worden de modus en de aantallen participanten respectievelijk gegeven van zowel de voormeting als de nameting.

4.1.3 – Eigen Effectiviteit

Uit de gegevens omtrent het construct Eigen Effectiviteit is op te merken dat de verdeling van de modus onveranderd is gebleven na de interventie bij alle twee de stellingen. De meeste participanten waren het *eens* op beide stellingen die de Eigen Effectiviteit onderzochten (*item 28* met $m=2$, en *item 29* met $m=2$). Item 28 ging over het bekwaam voelen als trainer en item 29 ging over het onderscheid kunnen maken tussen het zorggericht- en het ontwikkelingsgericht perspectief.

4.1.4 – Feitelijk Gedrag

Voor wat betreft de verzamelde resultaten rondom het laatste gemeten construct Feitelijk Gedrag is op te merken dat er een aantal opvallende gegevens naar voren kwamen. Er werd voor het meten van dit construct een andere antwoordschaal gebruikt waarbij de participanten steeds uit elk van de antwoordopties (G1 t/m G9) konden kiezen. Het betreft hier het laatste item van de vragenlijst (*item 30*).

De eerste verschillen tussen de voor-en nameting werden pas zichtbaar vanaf de zesde antwoordmogelijkheid (G6). Zie tabel 4.7 hieronder voor deze veranderingen. Voor G1 tot en met G5 is in alle gevallen de modus onveranderd gebleven bij de nameting. Antwoordoptie G6 werd in de nameting door één participant meer gekozen dan in de voormeting (7, t.o.v. 6 participanten). Voor de zevende antwoordoptie (G7) was er een toename zichtbaar van twee participanten in de nameting, waardoor alle zeven de participanten dezelfde antwoordoptie kozen (7, t.o.v. 5 participanten). Ook voor de achtste optie (G8) was er een toename zichtbaar van twee participanten (5, t.o.v. 3 participanten). Tot slot was er bij de laatste antwoordoptie (G9) een toename van twee participanten die voor de laatste antwoordoptie kozen (3, t.o.v. 1 participant).

Tabel 4.7 – Feitelijk Gedrag

Stellingen	Aantal participanten Voormeting	Aantal participanten Nameting	Vershil in aantal participanten
G6 - Eigen competenties	6	7	1
G7 - Zorgen voor structuur	5	7	2
G8 - Inzichtelijke structuur	3	5	2
G9 - Consistent Protocol	1	3	2

Notitie: In de tabel worden respectievelijk de frequenties van de respons (het aantal participanten) van de voormeting en de nameting genoemd. Tevens wordt het verschil in de meest rechter kolom uitgedrukt in getallen. Feitelijk Gedrag is aangegeven met 'G', omdat de antwoordschaal niet overeenkwam met de andere items.

In tabel III.1.10 in bijlage III staan de aantallen per antwoordoptie aangegeven. Uit de tabel wordt duidelijk dat bij de voormeting drie van de negen antwoordopties (G1, G3, G5) werden gekozen door alle zeven de participanten van het onderzoek. Bij de nameting waren dit vijf van de negen antwoordopties (G1, G3, G5, G6, G7), welke gekozen werden door alle zeven de participanten van het onderzoek. Zo gaven de zeven participanten aan met antwoordoptie G1 dat zij vinden dat overleg met de cliënte een methode is die zij gebruiken. Vervolgens gaven alle participanten met antwoordoptie G3 aan dat zij samen met de cliënt hulpmiddelen verzonnen om in te zetten tijdens het trainen. De zeven participanten gaven met G5 aan dat zij hulp vragen bij collega's wanneer zij vastlopen met de cliënt in het trainingsproces. Deze gegevens komen uit de voormeting naar voren, zowel als bij de nameting. Bij de nameting gaven de participanten met

antwoordoptie **G6** nog aan dat zij ook allemaal hun eigen competenties inzetten om een goede aansluiting te vinden met hun doelgroep tijdens de training. Tenslotte gaven alle zeven de participanten met antwoordoptie **G7** tijdens de nameting aan dat zij gedurende het trainingsproces voor een structuur zorgen om mee te werken. Opvallend is dat bij de nameting alle zeven de participanten aangeven dat zij voor structuur zorgen gedurende het trainingsproces met de cliënt, terwijl er slechts drie gebruik zeggen te maken van een consistent protocol.

4.2 - De interactieve oefening

Met een interactieve oefening werden de participanten tijdens de voorlichting uitgenodigd om sleutelwoorden (begrippen) of kernzinnen te noteren op plakbriefjes. De participanten gaven op de plakbriefjes aan wat voor hen het meest van toepassing was ten aanzien van het *verleden*, het *heden* en de *toekomst* van het team en hun begeleidingswijzen. Het doel van de oefening was om de participanten als *team* te benaderen waarbij iedereen inbreng gaf. In deze paragraaf wordt de aandacht gericht op de verzamelde begrippen omtrent het *verleden*, het *heden* en de *toekomst*. Hierna worden de resultaten respectievelijk gerapporteerd. In de derde bijlage (III) worden de resultaten uitgebreider gerapporteerd.

Tijdens de bespreking van de resultaten van de oefening werden een hoop begrippen benoemd. Deze werden vervolgens ook nog besproken in de nabespreking. Binnen de categorie van het *verleden* werden de begrippen *Chaos* en (*Veel*) *onduidelijkheid* als eerste genoemd. Er werden ook twee tegenstrijdige notities ingebracht: *"Niet doelgericht"*, maar ook *"Vanuit doelen gericht"*. Verder werden er een begrippen opgeschreven die duiden op de vorming van een nieuw team: *"Voor de leeuwen gegooid"*, *"Onduidelijkheid over rollen en verwachtingen"*, *"Meer samenwerken"* en *"Ieder voor zich"*. De participanten gaven daarbij aan dat ze aan het begin moesten wennen aan de nieuwe doelen en dat het voor hen niet vanzelf ging om methodisch te werken. Ze gaven aan dat het er toen meer toe deed dat de begeleiding *"Present"* was dan dat er echt met vaste systematiek of methodieken werd gewerkt. Tot slot werd er toen meer *"Zorgen"* gemaakt om de cliënten zelf, waarbij het voornamelijk draaide om begeleiding en steun.

In de categorie van het *heden* werden de begrippen *"Doelgericht"*, *"Vernieuwend"* en *"Eigen regie"* genoemd. Meer kennis werd door vier participanten genoemd. Zoeken werd twee keer genoemd. Samenwerken werd door drie verschillende participanten genoemd. Verder werden *"Een visie waar we achter staan"* en *"Iedereen dezelfde visie"* door verschillende participanten ingebracht. Tot slot werd door verschillende participanten *"Al meer methodisch (poging tot)"* en *"Bewustwording dat we in ontwikkeling zijn"* opgeschreven. De ingebrachte resultaten zoals *"vernieuwend"*, *"zoekende"*, *"al meer methodisch"*, *"kennis"* en *"bewustwording dat we in ontwikkeling zijn"*, geven gezamenlijk een inzichtelijk beeld van waar de medewerkers in het heden staan ten opzichte van de gewenste veranderingen in de toekomst.

In de categorie van de *toekomst* werden er begrippen en zinnen ingebracht als: *"Meetbaar"*, *"Kwalitatief"*, *"Duidelijkheid"*, *"Professioneel"*, *"Inzichtelijker Werken"*, *"Eenvoudiger Werken"*, *"Verwachtingen Team"*, *"Meer mogelijkheden"*. Wat opvalt aan de resultaten omtrent de Toekomst is dat de meeste van deze resultaten betrekking lijken te hebben tot (het toepassen van) kennis en (het helder maken van) verwachtingen omtrent de aanpak van de participanten in trant van het trainen binnen het team. De begrippen en zinnen zijn op die manier beschreven dat zij duiding geven aan het ontwikkelingsproces, zoals met bijvoorbeeld de formulering van een van de antwoorden: *"Inzichtelijker werken"*, en *"Professioneel"*, of *"Nog eenduidiger te werk gaan (Trainen)"*. Het begrip *"methodisch"* werd verschillende keren en tevens het vaakst door de participanten genoemd. Er waren vier verschillende participanten die dit begrip als wenselijk in de toekomst benoemden. Daarna werd door drie verschillende medewerkers het begrip *"Eenduidig"* ingebracht. *"Samenwerking"* en tevens begrippen en zinnen die te maken hadden met *"Verwachtingen Betrokkenen"* werden beiden door twee verschillende participanten benoemd.

Hoofdstuk 5

In de volgende paragrafen worden de resultaten van het onderzoek geconcludeerd en geïnterpreteerd. Hierbij wordt tevens de centrale onderzoeksvraag herhaald. De conclusies en interpretaties komen in de eerste paragraaf aan bod. Daarna wordt het onderzoek in de tweede paragraaf bediscussieerd, in termen van betrouwbaarheid en validiteit. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan aan de opdrachtgever en tevens met betrekking tot het (vervolg-)onderzoek.

5.1 – Conclusies

De centrale onderzoeksvraag luidde:

“Wat is het effect van doelgerichte interventie, rondom zelfredzaamheidstraining voor mensen met ASS, ten aanzien van de kennis, de gedragsintentie en het feitelijke gedrag van de medewerkers van team Blauw?”

Met de onderstaande deelvragen werd geprobeerd om het team bewust te krijgen van de factoren van het doelbereik van het trainen. Deze factoren zouden zij dan als team eigenhandig kunnen aanpakken. Wetende wat daarbij komt kijken en welke hulpbronnen daarbij beschikbaar zijn.

1. *“In hoeverre beïnvloedt de interventie de Attitude van de participanten?”*
2. *“In hoeverre beïnvloedt de interventie de Sociale Norm van de participanten?”*
3. *“In hoeverre beïnvloedt de interventie de Eigen Effectiviteit van de participanten?”*
4. *“In hoeverre beïnvloedt de interventie het Feitelijke Gedrag van de participanten?”*
5. *“Hoe kijken de participanten naar de gewenste Toekomstige trainingswijze?”*

Vanuit de resultaten wordt geconcludeerd dat de interventie *positieve* toenames heeft laten zien voor wat betreft een aantal items en deelconstructen, in vergelijking met de voormeting. Dit waren samengevat de items: 2, 3 en 4; 14 en 16; 23 en 24; 25 en 26, 29 en van item 30; G6, G7, G8 & G9. Hierna worden de resultaten geïnterpreteerd en bediscussieerd aan de hand van relevante literatuur. De deelvragen worden beantwoord door conclusies te trekken van de resultaten.

5.1.1 – De effectmeting

Om de vraag te beantwoorden wat de gedragsdeterminanten zijn na afloop van de interventie, wordt er gekeken naar de resultaten van de items (stellingen en antwoordopties) van de verschillende deelconstructen

Deelvraag 1:

“In hoeverre beïnvloedt de interventie de Attitude van de participanten?”

De **Attitude** werd gemeten aan de hand van de deelconstructen: Kennis (van de organisatie), Affectie, Cognitie en de Gedragsintentie. Cognitie werd nog verder uiteengezet in kennis, beeldvorming, denkbeelden.

In relatie tot **Kennis over het beleid van de organisatie**, gaven de medewerkers over het algemeen aan dat zij het er niet mee eens waren dat er bijvoorbeeld direct dient te worden gestart met trainen. Volgens verschillende wetenschappelijke bronnen (Hume, Lantz & Loftin, 2009; Zeevalking, 2000; Hearsey, Mesibov & Schopler, 1995) zou het zo moeten zijn dat cliënten met autisme bij soortgelijke zorginstellingen meteen dienen te starten met het doorlopen van hun ontwikkelingstraject. Volgens gesprekken met de productspecialist van Siza bevat het kwaliteitshandvest van de ASW verschillende richtlijnen waaruit blijkt dat de cliënten op Blauw meteen ervan op de hoogte dienen te worden gebracht van wat zij kunnen verwachten tijdens hun traject op ASW (D. Rodenburg, persoonlijke communicatie 15 april 2018). De meeste medewerkers werden door de interventie ervan bewust gemaakt dat er bijvoorbeeld met GGZ-standaarden wordt gewerkt in het beleid van

Siza. De meeste medewerkers waren het er ook mee eens dat er strategisch met systematiek moet worden gehandeld om een training effectief te laten zijn. Dit komt overeen met conclusies van een studie van Hamilton (2013) waarin vermeld wordt dat de behandeling tot doel heeft om te leren omgaan met ASS en het functioneren thuis, op het werk of andere levensgebieden, waarbij de systematiek achter te training ook kan helpen om de psychische problemen te verminderen. Verder waren de meeste participanten het ermee eens dat een gestandaardiseerde aanpak bij zou dragen aan eenduidig trainen. Volgens onderzoek door Kyrios, Prior & Zandt (2007) hebben mensen met ASS vaak hulp en begeleiding nodig om zich te distantiëren van repetitief of stereotiep gedrag, wat de school- of werkactiviteiten kan verstoren. Zodra het niveau van begeleiding wordt ontnomen, kan het moeilijk zijn om in de loop van de tijd steun te vervangen door hulpmiddelen. Dit dient echter te worden gedaan door middel van een gestandaardiseerde aanpak die bijdraagt aan het stapsgewijs vervangen of vervagen van de intensiteit van begeleiding (Hearsey, Mesibov & Schopler, 1995). Er werd over het algemeen erg wenselijk en eenduidig geantwoord onder het eerste construct. Tijdens de interventie werd er aandacht besteed aan de kwaliteitsstandaarden van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en tevens werd kennis overgedragen aan de medewerkers omtrent het beleid van de organisatie Siza. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat nu meer medewerkers op de hoogte zijn van deze standaarden.

Voor wat betreft vier van de aspecten van **Affectie** wordt geconcludeerd dat de participanten van het team even eenduidig hebben geantwoord bij de nameting als bij de voormeting. Het merendeel van de participanten gaf aan dat zij voldoening halen uit hun werk wanneer cliënten hun doelen bereiken en om hieraan bij te dragen. Dit kan mogelijk bijdragen aan de motivatie voor het uitvoeren van een gestructureerd en effectief trainingsplan. Zij ervaren bovendien voldoening wanneer de cliënt zich gemotiveerd opstelt tijdens het trainingstraject. Met dank aan de training 'Trainen' voor de medewerkers, weten de participanten hoe zij motivatie kunnen doorgronden en hoe zij daar tactisch op kunnen inspelen. De medewerkers vallen tijdens hun werk veelal terug op theoretische onderbouwing met gevalideerde technieken zoals die van *Geef Me De Vijf*, en *Willen-Kunnen-Durven-Doen*. De participanten gaven tot slot aan dat zij minder voldoening uit hun werk halen als het in bureaucratie toeneemt. Wanneer er dus meer gebruik wordt gemaakt van processen waarin de medewerkers veel rapportage werk dienen te verrichten, zou dit kunnen betekenen dat dit als barrière gezien zal worden. De stimulerende factoren en de barrières kunnen volgens het conceptuele model (H2.6) mogelijk het gedrag beïnvloeden. Er waren uiteindelijk nauwelijks verschillen tussen de voormeting en de nameting voor wat betreft de **Affectie**. Dit betekent dat de voorlichting waarschijnlijk gering effect heeft gehad op de affectieve component van de gedragsdeterminant Attitude.

Bij de drie deelconstructen van **Cognitie- Kennis** viel het op dat er een negatief verschil gemeten werd bij de eerste van de drie stellingen. Bij twee van de drie stellingen werd er nog steeds voornamelijk *wenselijk* en *eenduidig* geantwoord. Bij de laatste twee items bleef de modus gelijk en er bleek alleen een afname in het aantal participanten. Dit was dus niet het geval bij het eerste item. Daar werd er door meer participanten juist *minder* wenselijk geantwoord. De medewerkers waren het niet eens met de stelling dat *aansluiting vinden* betekent, dat er gedaan wordt wat de cliënt van de begeleiding vraagt. Volgens Delfos (2012) betekent aansluiting vinden *niet* op alles goedkeuring geven en tevens *niet* statisch denken, maar dat in wordt gespeeld op de ontwikkelingsbehoefte van de mens met autisme. Het gaat volgens Delfos om te doen wat de cliënt van de begeleiding vraagt, waarbij dus gekeken wordt naar de ontwikkelingsbehoefte van de cliënt. Het kan zijn dat de bedoeling van deze stelling niet correct gecommuniceerd is vanwege een vage formulering. Hierdoor kan de stelling van item 11 ook gelezen worden als zonder concessies doen wat de cliënt vraagt. Verder dachten de medewerkers voor het merendeel hetzelfde over de baat die mensen met autisme hebben voor het aanbrengen van structuur in de begeleiding. Deze structuur is volgens verschillende studies (Hume, Lantz & Loftin, 2009; Zeevalking, 2000; Hearsey, Mesibov & Schopler, 1995) een randvoorwaarde voor een effectieve (zelfredzaamheid) training. Dit komt dus overeen met de gestelde literatuur. Tot slot waren de meeste medewerkers het niet eens met de stelling dat er tijdens het begeleiden aandacht dient te worden besteed aan de problemen en valkuilen van de cliënt. De focus dient vanuit de begeleider te liggen op de kwaliteiten en mogelijkheden van de cliënt, volgens Zeevalking (2000). Ook met deze stelling kwam de mening van de medewerkers overeen met de literatuur.

Voor wat betreft de **Cognitie- Beeldvorming** van de medewerkers, kan worden geconcludeerd dat er op twee aspecten meer eenduidig en meer wenselijk is geantwoord na de interventie. De medewerkers hadden tijdens de nameting het beeld dat mensen met autisme zeer veel moeite hebben met het aanleren van patronen. Volgens Van Der Gaag (2006) kan het zo zijn dat er met veel aandacht, tijd en moeite successen worden behaald. Dit kan volgens De Bruin (2004) door het leren omgaan met hulpbronnen en strategieën in het ADL, of in andere woorden met rituelen en heuristieken. Indien de medewerkers zich bewust zijn van deze mogelijke hulpbronnen, kan dit mogelijk bijdragen aan de gewenste patronen. Indien de medewerkers in staat zijn om aansluiting te vinden, dan krijgen de cliënten de mogelijkheid om hun valkuilen strategisch aan te pakken en tevens om kwaliteiten te ontwikkelen. Verder was het merendeel van de medewerkers het er niet mee eens dat er beter kortetermijndoelen kunnen worden gesteld om successen te behalen. Onderzoek van Zalla, Labruière & Georgieff (2013) bemerkt echter dat het handig kan zijn om met zowel kortetermijndoelen als langetermijndoelen te werken in het kader van ASS, omdat doelgerichte activiteiten hiërarchisch kunnen worden ingedeeld in doelen en subdoelen (Zalla, Labruière & Georgieff, 2013; Hard et al. 2006). Voor de cliënten zijn deze subdoelen toegankelijker om aan te werken. De positieve beïnvloeding van de interventie kwam dus voor op twee van de drie aspecten. Het is dus voor de medewerkers verstandig om te letten op het laatste aspect, wat gaat over het werken met kortetermijndoelen.

Omtrent de **Cognitie- Denkbeelden** van de medewerkers kan worden geconcludeerd dat de medewerkers zowel eenduidig als wenselijk hebben gereageerd tijdens voormeting als bij de nameting bij twee van de drie aspecten. De meeste medewerkers gaven bij het eerste aspect aan dat zij dachten dat mensen met ASS geholpen kunnen worden tegen het vastlopen in het ADL, wat overeenkomt met de bevindingen van De Bruin (2004). Verder waren de medewerkers het er niet mee eens dat mensen met ASS langetermijndoelen goed aankunnen, wat tegenstrijdig is met de bevindingen van Zalla, Labruière & Georgieff (2013). De bevindingen uit deze studie zeggen namelijk dat mensen met ASS het nodig hebben om met langertermijndoelen te werken, omdat dit houvast biedt in het dagelijks leven. Hierdoor kan er meer tijd en ruimte worden gegeven aan iemand die er wat langer over doet om iets tot zijn eigen te maken. Daarbij spelen volgens Zalla et. al. (2013) dus zowel korter- als langetermijndoelen een belangrijke rol. De medewerkers vonden verder dat zij met passende interventies ervoor kunnen zorgen dat de cliënten geholpen kunnen worden allerlei activiteiten uit te voeren. Deze gegevens betekenen dat de denkbeelden die zij hebben omtrent het begeleiden en trainen van mensen met ASS voor een deel overeenkomstig zijn met bevindingen uit het literatuuronderzoek. Voor het andere deel betekent dit dat de medewerkers hun focus moeten leggen op zowel de korte termijn als de lange termijn.

Met het deelconstruct **Gedragsintentie** werd er aandacht besteed aan de intentie waarmee de medewerkers hun werk verrichten op ASW. Op basis van de onderzoeksresultaten kan voor geen van de vijf aspecten onder dit construct worden geconcludeerd dat eenduidigheid en wenselijkheid zijn toegenomen. Hoewel er geen positieve veranderingen zijn gemeten in de nameting, zijn er toch een aantal stellingen waar wenselijk op werd geantwoord. Dit waren items 20, 21, 23 en 24. De medewerkers vonden dat *aansluiting vinden* betekent dat de begeleiding ervan op de hoogte is hoe de cliënten bejegend willen worden. Deze houding sluit aan op de bevindingen van Delfos (2012) waarin aansluiting vinden wordt gedefinieerd als het inspelen op de ontwikkelingsbehoeften van de cliënt. Een groot deel van effectieve begeleiding bestaat uit aansluiting in communicatie met de doelgroep. Dit kan volgens verschillende bronnen worden behaald door passende vaardigheden en strategieën die op maat zijn bedacht voor de cliënt (Schopler et al., 1995; Van Der Gaag, 2006; Zeevalking, 2000; NZa, 2018). Door af te stemmen op de behoeften van de zorgvrager en diens netwerk kan er een vertrouwensband ontstaan die mogelijk ondersteunend werkt tijdens het begeleidingstraject. Dit wordt ondersteund door gerelateerde bronnen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van het Rijksoverheid. De juiste gedragsintentie is ontzettend van belang, omdat te veel zorg ertoe kan leiden dat er onnodige kosten oplopen (Zeevalking, 2000). Tevens gaat de extra zorg voor de ene cliënt ten koste van de zorg voor een andere cliënt (NZa, 2018). Toch is het nodig om door maatwerk aansluiting te vinden en te investeren in het scheppen van een juiste band. Uit de resultaten blijkt dat er op één aspect van de Gedragsintentie meerduidelijk en niet wenselijk geantwoord. De meeste medewerkers vonden dat iedereen een andere begeleidingswijze mag toepassen tijdens het trainen. Dit aspect doelt rechtstreeks naar het belang van *eenduidig* trainen. Wanneer er

uiteenlopende begeleidingswijzen worden toegepast, dan raakt de aansluiting met de cliënt verloren doordat de cliënt geen vastigheid heeft om op terug te vallen. Deze houding staat daarbij nog in fel contrast met de mening die de meeste van de medewerkers hadden over het feit dat het verwarrend kan zijn voor de cliënt wanneer er uiteenlopende begeleidingswijzen worden toegepast door de begeleiding (Hume, Lantz & Loftin, 2009). De meeste medewerkers vinden dus dat iedere medewerker zijn of haar eigen begeleidingsstijl mag hanteren, terwijl de meeste medewerkers ook denken dat dit verwarrend kan zijn voor de cliënten. Een eigen begeleidingsstijl dient dus niet in de weg te staan van de gehanteerde systematiek. Zorg op maat dient voor hen een middel te zijn binnen de passende systematiek.

Deelvraag 2:

“In hoeverre beïnvloedt de interventie de Sociale Norm van de participanten?”

Onder de gedragsdeterminanten van het construct **Sociale Norm** wordt geconcludeerd dat er meer eenduidig en meer wenselijk is geantwoord voor twee van de drie aspecten. De Sociale Norm is een van de bepalende factoren die van invloed zijn op de gedragsintentie van de medewerkers in het team. Het betreft alle bekende en vermeende afspraken en verwachtingen, wat een werking kan hebben van groepsdruk (De Vries, Dijkstra & Kohlman, 1988; Ajzen, 1985). De medewerkers waren het tijdens de nameting over het algemeen eens met de stelling dat de medewerkers weten wat verschillende betrokkenen van het team verwachten en dat daar strategisch op in wordt gespeeld. Volgens de kwaliteitsstandaarden van het Zorginstituut Nederland (NZa, 2018) dienen de verwachtingen van het cliëntsysteem te worden afgestemd onder elkaar, om tot goede passende zorg te kunnen komen. De medewerkers lieten weten het hiermee eens te zijn. Verder werd er eenduidig en wenselijk geantwoord op de stelling dat de medewerkers weten wat de mogelijkheden zijn om als team een effectieve training te bewerkstelligen. Uit verschillende bronnen blijkt dat ‘Sociale Normen’ afspraken omvatten die worden nageleefd om tot een effectieve samenwerking te komen. Zeevalking (2000) schrijft bijvoorbeeld dat afspraken omtrent begeleiding adequaat kunnen worden nageleefd wanneer deze afspraken helder, concreet, transparant, maar ook actief worden behandeld door het samenwerkingsverband. Tot slot kan er geconcludeerd worden dat de medewerkers eenduidig hun mening hebben laten weten omtrent de stelling dat er in het team wordt getraind zoals de cliënten dit zelf willen. Deze eenduidige mening is echter niet wenselijk indien deze geïnterpreteerd wordt als *“het proces en de regie worden aan de cliënt overgelaten”*, want zo was deze stelling oorspronkelijk wel geformuleerd door de onderzoeker. Trainen betekent maatwerk, systematisch, eenduidig en met de nodige sturing volgens Zeevalking (2000). Zelfs wanneer er op deze wijze wordt omgegaan met de doelen en wensen van de cliënt, dient de begeleiding op de voor-en achtergrond te waken over het trainingstraject van de cliënt. De voorlichting heeft dus een positieve beïnvloeding gehad op de Sociale Norm. Echter dient er nog steeds aandacht te worden besteed aan het helder maken van afspraken en het afstemmen van de mate van sturing.

Deelvraag 3:

“In hoeverre beïnvloedt de interventie de Eigen Effectiviteit van de participanten?”

Om antwoord te geven op de vraag in hoeverre er verschillen zijn opgetreden bij het deelconstruct de **Eigen Effectiviteit**, kan er geconcludeerd worden dat de medewerkers zich over het algemeen in staat (of bekwaam) voelen om een training op doelgerichte wijze op te stellen, te onderhouden en af te ronden (inkaderen). Tijdens de voormeting lieten de medewerkers dezelfde resultaten zien als bij de nameting. Zo werd met de voorlichting veel aandacht besteed aan het onderscheid tussen begeleiden uit *zorg*perspectief en *ontwikkelings*perspectief. Volgens de medewerkers lukt het hun allemaal om dit onderscheid te maken. Ondanks dat de voorlichting geen positieve beïnvloeding had kan toch worden gesteld dat de medewerkers hebben laten zien dat zij zichzelf competent vinden om een passende begeleidingswijze te hanteren.

Deelvraag 4:

“In hoeverre beïnvloedt de interventie het Feitelijke Gedrag van de participanten?”

Het laatste onderdeel van de vragenlijst betrof het **Feitelijke Gedrag** van de medewerkers. Dit onderdeel ging over de middelen en methoden die zij ter beschikking hebben en feitelijk toepassen. Opvallende resultaten bij de effectmeting vertoonden een toename in medewerkers die voor bepaalde antwoordopties kozen. De resultaten die in H4 beschreven staan hebben laten zien hoeveel medewerkers er vermoedelijk gebruik maken van wenselijke strategieën. Opmerkelijk waren toenames op de antwoordopties vanaf G6 t/m G9 bij de nameting.

Verder viel het op dat alle zeven de participanten kozen voor drie van de zeven antwoordopties en dat alle zeven de participanten bij de nameting ook nog voor twee andere antwoordopties kozen. Alle zeven de medewerkers gaven aan dat zij zelf over de vaardigheden en competenties beschikken om tot een goede training te komen. Verder gaven alle zeven de medewerkers in de nameting aan dat zij (voortaan) de training van structuur laten voorzien. Ook gaven de meeste medewerkers tijdens de nameting aan dat zij (voortaan) de training tevens inzichtelijk maken voor collega's, door alle documentatie te verwerken in een trainingsbegeleidingsplan. Tot slot gaven slechts twee van de zeven medewerkers aan dat zij (voortaan) een protocol zullen inzetten om tot een goede training te komen. Dus ondanks dat zij de training van structuur laten zien, doen zij dit nog altijd zonder protocol. De positieve toenames kunnen worden geïnterpreteerd als een toename in bewustwording en wellicht een (tijdelijke) groei in motivatie, waarbij het vasthouden van deze bewustwording een focuspunt vormt voor de medewerkers.

5.1.2 – De interactieve oefening

De inventarisatie van de resultaten op de interactieve oefening liet zien wat er volgens de medewerkers centraal in het belang staat om naar toe te werken en ontwikkelen als team. Met de interactieve oefening werd een beroep gedaan op de inbreng van de medewerkers van het team zelf. Doordat de medewerkers onderling met elkaar in gesprek gingen en daarbij voortdurend naar afstemming zochten, verkregen zij eenduidigheid omtrent het toekomstperspectief en de gedragsdeterminanten omtrent het trainen bij Siza ASW. De resultaten (begrippen) van de interactieve oefening werden aan elkaar gerelateerd en voorzien van een label om het inzichtelijker te maken, zoals deze ook genoteerd staan in tabel 4.12 in het voorgaande hoofdstuk (H4). Een aantal constructen die uit de inventarisatie zijn opgehaald vielen voornamelijk op omdat ze zo expliciet waren gesteld en overeenkomstig zijn met de gewenste sleutelbegrippen die in de literatuur beschreven staan.

Deelvraag 5:

“Hoe kijken de participanten naar de gewenste Toekomstige trainingswijze?”

De resultaten zijn besproken met de medewerkers na afloop van de oefening, en aan de hand daarvan, worden de resultaten op de volgende manier verhalend geïnterpreteerd:

“De medewerkers lieten weten dat zij in de toekomst nog *eenduidiger* te werk wensen te gaan. Daarvoor is er meer *duidelijkheid* nodig omtrent de toepasbare *methodieken* waarmee de resultaten van de training meer *meetbaar* worden gemaakt. Verder dient het werken *inzichtelijker* te worden, waarbij de *verwachtingen van elkaar* duidelijk zijn en er afgestemde *samenwerking is met externe betrokkenen* (o.a. de gemeente). Door meer *duidelijkheid* te bewerkstelligen in de toekomst, kunnen de medewerkers met *meer mogelijkheden*, meer methodisch en toch *eenvoudiger* te werk gaan met mogelijke ondersteuning van hulpbronnen.”

Met de voorlichting werd er een poging gedaan om de medewerkers van team Blauw informatie en duidelijkheid te verschaffen omtrent de systematiek rondom methodieken, zodat deze meer meetbaar worden. Meer inzichtelijk werken kan worden bereikt door de methodiek van protocollen te voorzien. Hierdoor komen collega's en betrokkenen te weten wat er verwacht kan worden omtrent het trainen in het team. Zo worden verwachtingen van elkaar duidelijk en zo ontstaat er meer samenwerking met deze (externe) betrokkenen

(zoals de gemeente). Met de voorlichting werd ook getracht om de medewerkers in te laten zien dat zij eenvoudiger en meer methodisch te werk kunnen gaan door gebruik te maken van hulpbronnen zoals de kwaliteitsstandaarden van het NZa. Naast het verhogen van kennis werd met de voorlichting veel aandacht besteed aan het *ontwikkelingsperspectief*. Daarmee werd gepoogd om de motivatie te vergroten. Het doel was om hun ervaren obstakels uit de weg te ruimen door een positieve, kwalitatieve en ontwikkelingsgerichte benadering aan te nemen. Indien medewerkers geen obstakels ervaren is de motivatie en efficiëntie het hoogst (Sachau, 2007). Fazio & Olsen (2003) lieten weten dat mensen een sterke motivatie hebben om gedrag uit te voeren en tevens in de gelegenheid zijn om dat gedrag te overwegen, sterkere intenties vormen. Daarnaast bleken mensen die sterk gemotiveerd zijn het gedrag en middelen om dat doel te bereiken positiever te evalueren (Bargh & Ferguson, 2004). Anders gezegd: werknemers vormen een positieve attitude ten opzichte van gedragsverandering in termen van ontwikkeling, als zij sterk gemotiveerd zijn. Deze effectmeting hield voornamelijk verband met de attitude van de medewerkers en de positieve effecten van de voorlichting worden vooral gezien bij items die betrekking hadden tot praktische en toepasbare kennis, maar ook verwachtingen.

5.1.3 – Beantwoording centrale onderzoeksvraag

“Wat is het effect van doelgerichte interventie, rondom zelfredzaamheidstraining voor mensen met ASS, ten aanzien van de kennis, de gedragsintentie en het feitelijke gedrag van de medewerkers van team Blauw?”

Op basis van de resultaten en de beantwoording van de deelvragen van het vragenlijstonderzoek wordt het volgende geconcludeerd: het effect van de doelgerichte interventie heeft plaats gevonden binnen de aspecten van Attitude (Kennis van het beleid van de organisatie, Cognitie – Kennis, Cognitie – Denkbeelden, Cognitie – Beeldvorming), Sociale Norm, en Feitelijk Gedrag. Over het algemeen werden deze veranderingen positief bevonden, maar er waren ook resultaten bij waar geen verandering of juist een negatieve verandering plaats vond. Hiervan wordt geconcludeerd dat de interventie geen effect heeft gehad. De gemeten veranderingen die bij de opgesomde aspecten naar voren kwamen, resulteren in een toename van wenselijk en eenduidige houding en gedrag. Deze veranderingen vinden plaats in het bewustzijn van de participanten en hebben tot gevolg dat de participanten de mogelijkheid hebben vergaard en in staat zijn om voortaan meer systematisch (gestandaardiseerd) te werk te gaan. Dit houdt tenslotte in dat de participanten afdoende kennis hebben verworven over het beleid van de organisatie, dat ze weten hun afspraken en communicatie af te stemmen met elkaar en hun netwerk, dat ze weten hoe er aansluiting kan worden gevonden met hun cliëntendoelgroep, en tot slot dat zij waar nodig hulpbronnen in weten te zetten om hun functie naar behoren uit te voeren en daarmee eenduidig trainen.

5.2 - Discussie

5.2.1 - Betrouwbaarheid

Een van de kwaliteitscriteria van onderzoek wordt uitgedrukt in termen van betrouwbaarheid (Verhoeven, 2011). Betrouwbaarheid heeft betrekking op de mate waarin toevallige fouten voorkomen. De betrouwbaarheid in termen van *interne consistentie* en *significantieniveaus* kon hier niet worden uitgedrukt in statistische gegevens. Dit komt omdat er exploratief (kwalitatief) onderzoek werd gedaan naar het oplossen van een praktijkprobleem. De resultaten van dit onderzoek kunnen niet zomaar worden gereproduceerd, omdat deze in geen enkele mate representatief zijn voor de grotere populatie. Wel kan het onderzoek met eenzelfde steekproef en met dezelfde onderbouwing en structuur worden herhaald. De items die positief zijn gesteld veranderen niet qua formulering wanneer deze worden herhaald, en de negatieve evenzo. Het is dus volgens Verhoeven (2011) zo, dat herhaalbaarheid van de resultaten een randvoorwaarde is voor betrouwbaar onderzoek. Hieruit kan worden gesteld dat de betrouwbaarheid van het onderzoek in geringe mate aanwezig is. Wel is er rekening gehouden met de standaardisatie van de vragenlijst. Zo is de vragenlijst gestandaardiseerd voor alle respondenten. Bovendien is er rekening gehouden met de formulering van de items, zodat de vragenlijst ook kan worden afgenomen bij andere steekproeven binnen dezelfde populatie. Daarbij is de structuur hetzelfde, de formulering van de vraagstellingen is hetzelfde, de antwoordmogelijkheden zijn hetzelfde, en er zijn geen open vragen gebruikt. Verder is er een logische volgorde

verwerkt in de vragen, de vragen over hetzelfde onderwerp zijn bij elkaar gezet en er is gebruik gemaakt van een inleiding voor elk vragenblok (Verhoeven, 2011). Verder is er rekening gehouden met het volgorde-effect (Verhoeven, 2011; Boeije et al., 2009). Er is daarmee aandacht besteed aan een goede *routing* (Verhoeven, 2011; Boeije et al., 2009). Tot slot werd de betrouwbaarheid van het vragenlijstonderzoek beschouwd in termen van kwalitatieve bruikbaarheid voor de opdrachtgever. De onderzoeker bleef gedurende het ontwerp, de operationalisering en het analyseren van de resultaten in contact met de opdrachtgever. Dit werd gedaan om zodoende kritisch te blijven kijken naar het praktisch nut van het onderzoek.

De interactieve oefening met de inventarisatie als onderzoeksmethode werd gekozen naar aanleiding van de kenmerken die de doelgroep van het onderzoek bezitten. Eerder werd bedacht om een focus-groep interview te houden, maar uiteindelijk werd er gekozen voor een voorlichting met interactieve componenten gebaseerd op de *Appreciative Inquiry Method*, ook wel Waarderend Onderzoek. De participanten, oftewel de medewerkers van het onderzochte team, dragen alle zeven dezelfde rol met dezelfde mate van autoriteit. Het team is autonoom en is continu in gesprek met elkaar over aandachtspunten en verbeteringen, maar ook over het onderhoud en hun bezigheden. Dit team is bekend met overleg en het doorvoeren en uitvoeren van actiepunten. Op basis hiervan ontstond het idee om gezamenlijke inbreng te verzamelen omtrent hun houding ten aanzien van het verleden, het heden, en de toekomst van het team. Dit werd gezien als interactief onderdeel van de gehele interventie. De interventie had verder voor een groot deel de vorm van een voorlichting. Deze keuzen komen voort uit het werken met en inrichten van een preventie interventie. Het draaiboek als onderdeel van de interventie omvatte een onderbouwing van aspecten als: Het doel (probleemanalyse & gedragsdeterminanten), Deelnemersaantal/Werving, Informatieverschaffing, Interventie (doel, methode, inhoud, frequentie bijeenkomsten, locatie), Organisatie (taakverdeling, tijdsplanning), Uitwerking draaiboek, en tot slot de bijhorende Bijlages. Uiteindelijk werd de inrichting bewerkstelligd aan de hand van voorbeelden van preventie interventies uit database van overheid: Loketgezondleven.nl. De exploratieve insteek die deze methode heeft, maakt dat de antwoorden afhankelijk zijn vraagstelling of formulering. Doordat de gestelde vragen en de gevoerde gesprekken niet gestructureerd werden uitgevoerd, komt de betrouwbaarheid in termen van reproduceerbaarheid in het geding. De opgebrachte resultaten zijn echter realistisch en inzichtelijk. De inhoud van de antwoorden komt overeen met de inhoud van de vraagstellingen, wat iets zegt over de validiteit

5.2.2 - Validiteit

Een ander kwaliteitscriterium van onderzoek wordt uitgedrukt in termen van validiteit, of geldigheid. Daarmee wordt de mate bedoeld waarin systematische fouten worden gemaakt (Verhoeven, 2011). Er werd specifiek aandacht gericht aan het uitsluiten van deze systematische fouten door te werken met een operationaliseringsmodel en tevens een draaiboek. De meeste stellingen op de vragenlijsten hadden door een bewuste keuze van de onderzoeker een *sociaal-wenselijk* karakter. Dit betekent dat de wenselijke antwoorden werden uitgelokt vanuit de formulering van de vraagstellingen. Dit werd gedaan om de medewerkers stil te laten staan bij hun kennis, verwachting en attitude omtrent de dagelijkse praktijk van de organisatie. Het was daarbij van belang om aandacht te besteden aan het doel: een toename van wenselijke attitude, eigen effectiviteit en sociale norm. Indien de medewerkers 'sociaal-wenselijk' hebben geantwoord betekent dit dat zij over een juiste houding beschikken. Met de voorlichting werd hier ook op ingespeeld door de vragenlijst gezamenlijk en openlijk te bespreken.

De *interne validiteit* (Verhoeven, 2011) is in het geding vanwege een mogelijke systematische fout die door onderzoeker is gemaakt. Deze fout is het 'testeffect'. Dit effect kan optreden wanneer mensen weten dat ze aan een onderzoek meedoen. Het testeffect uit zich in een toename van sociaal-wenselijke antwoorden. Hoewel dit een bewust geïmplementeerd aspect was van de formulering van de items op de vragenlijst, kan het testeffect wel invloed hebben op de manier waarop het team zich voor doet in hun respons.

De *constructvaliditeit* (Verhoeven, 2011) werd vanaf de opzet van het onderzoek al in het geding geplaatst omdat de te meten constructen inductief werden beredeneerd. De construct- of begripsvaliditeit houdt verband met het meten wat de onderzoeker wilde meten. Omdat de "Attitude" een te breed en dus *vaag* begrip was,

werd deze uiteengezet in een aantal deelconstructen (Kennis, Affectie, Cognitie en Gedrag). Zo werd gepoogd om de constructvaliditeit te vergroten. Dit werd tevens gedaan met de andere constructen die werden onderzocht met de vragenlijst. Zo werden Sociale Norm en Eigen Effectiviteit (van het ASE-model; De Vries et al., 1988) uiteengezet in deelaspecten van Kennis en Verwachtingen.

De ingezette methodieken zijn voor dit onderzoek verder gebaseerd op onderzoeksbevindingen uit verschillende bronnen. Zo werd gepoogd om de geldigheid van het onderzoek te verhogen door focus te leggen op bruikbaarheid voor de opdrachtgever (Boeije et al., 2009). Zo is de inhoud van de voorlichting opgezet aan de hand van een handleiding voor het opzetten van preventie interventies waarbij er tevens aandacht werd besteed aan procesdoelen en de doelgroep. De keuze om de voorlichting te laten bestaan uit een kenniscomponent en een interactie component, kwam voort uit empirische bevindingen omtrent de teamdynamiek en in welke fase van gedragsverandering de participanten ten tijde van het onderzoek zaten (naar het Stages of Change Model; DiClemente & Prochaska, 1970). 'Intervention Mapping' (IM) door Bartholomew et al. (2016) gaf inzicht in hoe de preventie tot stand diende te komen. Verder zorgde het literatuuronderzoek voor ondersteuning en onderbouwing van de achterliggende theorieën voor de voorlichting als interventiemethode. Hierbij werden de fasen van gedragsverandering door voorlichting van Kok (2016) gehanteerd: aandacht, begripsverbetering, attitudeverandering, hanteren sociale invloed, toename eigen-effectiviteit, gedragsverandering, gedragsbehoud. Kok (2016) beschrijft bijvoorbeeld dat aansluiting met de doelgroep van een voorlichting gevonden kan worden door hen vanaf het begin te betrekken bij de ontwikkeling. Dit werd zodoende geprobeerd middels communicatie met de contactpersoon van de opdrachtgever. De *IM-methode* wordt onder andere toegepast bij de ontwikkeling van protocollen en beleidsdocumenten in de gezondheidszorg (Brug, Van Empelen, Kok, Schaalsma, & Ruiter, 2004).

Verder gaf Ajzen (1991) aan omtrent gedragsverandering, dat indien *intenties* om kwaliteiten te ontplooiën sterk zijn, dan is de kans groot dat de medewerkers het intentionele gedrag uitvoeren om zo te kunnen ontwikkelen (Ajzen, 1991). De *intentie* van gedrag is verder een vrij stabiel fenomeen. Het meten van *feitelijk* gedrag is lastiger in vergelijking met attitudes en intenties (Fazio en Olson, 2003). Gedrag is namelijk contextafhankelijk, waar attitudes en intenties dat in mindere mate zijn. Verder hebben de intenties een hoge voorspellende waarde voor gedrag (Sheeran, 2002), hoewel meer recent onderzoek van Ajzen (2011) dit bekritiseert. Daarom is ervoor gekozen om dit onderzoek voornamelijk te richten op de attitudes en gedragsintenties van de medewerkers met betrekking tot het begeleiden en trainen van mensen met ASS. De vragenlijst bevatte echter ook een vraagstelling omtrent het *feitelijk gedrag*. Hoewel dit een lastige indicator is op een vragenlijst konden de resultaten op een kwalitatieve wijze worden beschouwd. Gebruik makend van een inventarisatie (als antwoordschaal) van mogelijkheden die praktisch ingezet (kunnen) worden door de participanten van het onderzoek. Dit deed een beroep op *het verschaffen van kennis*. Uit onderzoek naar invloed van kennis op het gezondheidsgedrag van zorgmedewerkers (Bensing, Calsbeek, Morren en Rijken, 2007) is gebleken dat effectieve agogische methodiek kan leiden tot een positieve houding en attitude ten opzichte van de kennis omtrent het op te leveren product (gedragsverandering). Dit betekent dat de interventie waarschijnlijk kennis over het relevante onderwerp verhoogde, waardoor de attitudes positiever werden met betrekking tot de wenselijke items, en deze positieve attitudes voorspellen sterker de intentie en de wil om bepaald gedrag uit te voeren.

5.2.3 – Bruikbaarheid

Het huidige onderzoek werd vanaf het begin volledig afgestemd op de onderzoeksdoelgroep. Er is middels verschillende acties en keuzen gepoogd om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen. Dit werd gedaan door bijvoorbeeld te letten op de vorm en inhoud van de ingezette onderzoeksinstrumenten. Tevens werd er aandacht besteed aan de validiteit, zodat gesteld kan worden dat de opgeleverde resultaten gebruikt kunnen worden om nieuwe inzichten uit te verkrijgen. Deze inzichten zijn instrumenteel bruikbaar voor de opdrachtgever. Het doel van het onderzoek was ook om deze inzichten instrumenteel bruikbaar te laten zijn voor de opdrachtgever, om uiteindelijk hulp te bieden aan de gewenste veranderingen en daarmee bij te dragen aan het ontwikkelingsproces van het team. De resultaten van de vragenlijst omtrent de gedragsdeterminanten

gaven de medewerkers inzicht in hun eigen houding en gedragingen. Samen met deze vragenlijst werd er middels een voorlichting gepoogd om het bewustzijn te vergroten. Vanuit de bevindingen kan worden gesteld dat het onderzoek in zijn geheel heeft bijgedragen aan het verruimen van het bewustzijn omtrent het belang van een systematische aanpak, maar ook omtrent barrières en vaardigheden rondom de gedragsdeterminanten, gedragsintentie en kennis/verwachtingen ten aanzien van het trainen in team Blauw.

5.3 - Aanbevelingen

Naar aanleiding van verzamelde resultaten wordt geconcludeerd dat de medewerkers van team Blauw meer kennis hebben over het systematisch trainen en daarbij wat van invloed is op hun feitelijke gedrag. Het doel was om inzicht te verschaffen in het bewerkstelligen van eenduidige werkwijze. Volgens de bevindingen van het onderzoek dienen de medewerkers aandacht te besteden aan bepaalde aspecten van gedragsdeterminanten omtrent het eenduidig trainen, zodat zij uiteindelijk zelf kunnen bijdragen aan de gewenste veranderingen. Deze aspecten staan uitgebreider weergegeven in bijlagen IV. Er wordt aanbevolen dat de medewerkers van team Blauw aandacht blijven besteden aan de volgende aspecten en tevens dienen zij aandacht te blijven besteden aan de gewenste toekomstige situatie:

- Het vergroten van de kennis die de medewerkers hebben met betrekking tot het beleid en de werkwijze binnen de organisatie. Het vergroten van de kennis met betrekking tot de organisatie zal bijdragen aan de uitgangspunten van het team. Als men verkeerde verwachtingen heeft van het beleid of de wijze waarop het beleid in de praktijk wordt uitgevoerd, kan dit resulteren in een meerduidelijk beeld op de werkvloer. Dit betekent dat verwachtingen van de medewerkers beter kunnen worden afgestemd op de wenselijke situatie, zodat de 'vermeende' kennis overeenkomt met hoe het beleid is opgesteld. Het wordt aanbevolen om bijvoorbeeld een handreiking te bieden aan het team omtrent kennis van het achterliggende beleid. Hierin kunnen de aspecten worden opgenomen die voor de medewerkers het meest van belang zijn om een eenduidige werkwijze te kunnen verschaffen. Dit kan worden gedaan in de vorm van regels of richtlijnen waar de medewerkers naar dienen te streven.
- Het verhelderen van wat voldoening biedt aan de functie kan het werkplezier verhogen. Door in kaart te brengen wat voldoening biedt aan de individuele medewerkers kan mogelijk bewustwording van het ervaren werkplezier optreden. Wanneer de doelen van het team en ook van de cliënten worden nagestreefd, zijn het team en de cliënten bezig met het naleven van het beleid. Dit zorgt voor alle betrokkenen voor voldoening, omdat het team op die manier bezig is met waar het bezig mee moet zijn: Trainen. Tevens wordt er op deze manier zowel persoonsgericht én ontwikkelingsgericht gewerkt aan de zelfredzaamheid van de cliënten.
- Kortertermijndoelen in de vorm van het werken aan aspecten van deelvaardigheden omtrent een activiteit uit het ADL, kunnen bijdragen aan het behalen van successen. Hiermee kan de motivatie worden gestimuleerd. Deze kortertermijndoelen kunnen middels maatwerk worden opgesteld en onderhouden.
- Langetermijndoelen aanbieden aan cliënten om houvast te bieden in het trainingstraject.
- De aansluiting vinden met cliënten door een vooraf-bepaalde-mate van sturing en zelfsturing (van cliënt). Ten aanzien van de gedragsintentie wordt aanbevolen om (in het kader van trainen) aansluiting te vinden met cliënten door een vooraf-bepaalde-mate van sturing en zelfsturing (van cliënt). Aansluiting op de behoeften van de cliënt kan worden gevonden door instructies en het begeleiden uit het ontwikkelingsgerichte perspectief. Daarbij dient er adequaat opgetreden te worden door begeleiding middels het bewaken van het ontwikkelingsproces (of trainingstraject), door rapportages (documentatie) en door de casuïstiek levendig te houden in de vergaderingen.
- Het bewaken van het ontwikkelingsproces door rapportages en door te vergaderen over casuïstiek.

- Voor wat betreft afstemming van de sociale norm dient iedereen dezelfde begeleidingswijze toe te passen, bijvoorbeeld door gebruik te maken van een protocol of door een traject te starten op basis van vooraf gestelde richtlijnen. Hierdoor kan tevens worden vermeden dat er verwarring ontstaat bij de cliënten, omdat iedere begeleider idealiter terug kan vallen op dezelfde achterliggende structuur.
- De medewerkers voelen zich allen bekwaam om te trainen. Wanneer de medewerkers zich bekwaam voelen om te trainen, kunnen zij met meer affiniteit de taken uitvoeren die te maken hebben met systematisch trainen.
- De medewerkers dienen gebruik te maken van de huidige middelen (o.a. ZRM) en methoden om tot een goede training te komen.
- De medewerkers dienen gebruik te maken van meer structuur, een plan van aanpak, een gedocumenteerde vorm van een trainingsplan. Hierdoor wordt een trainingstraject beter ingekaderd, waarop er beter toezicht gehouden kan worden.

Een tweede stap is om de geplande veranderingen te communiceren naar alle prominente betrokkenen. Op die manier wordt de beleidsmaatregel geconcretiseerd en zo worden ook direct de verwachtingen van alle betrokkenen afgestemd op de nieuwe aanpak van het team. Het beleid zal niet veranderen, maar toch zal het handig zijn voor de medewerkers om wel de uitvoering van het beleid op een lijn te trekken. Dit betekent voor hen dat ze dezelfde begeleidingswijze dienen te hanteren en dat er gebruik wordt gemaakt van documentatie in de vorm van verslaglegging en zelfs een bijhorend protocol. Dit heeft het team nodig om zich daadwerkelijk te kunnen profileren als Trainingshuis. Door dit te kunnen ondersteunen met feitelijke gronding, zoals achterliggende documenten waarin de systematiek en methodieken staan vastgelegd, worden deze opgehelderd voor invallers en alle andere collega's. Om vanuit het huidige onderzoek bij te dragen aan het implementeren van deze veranderingen is er een stappenplan opgesteld. Dit stappenplan staat vormgegeven in een actieplan en dit is te vinden in de vijfde bijlage (V). De hulp van een TP'er is wenselijk bij het implementeren van de aanbevelingen. Een TP'er kan bijdragen leveren aan de randvoorwaarden en deze kan het proces faciliteren. Dan worden de medewerkers door de TP'er gestimuleerd om zelf tot een plan van aanpak te komen. De TP'er maakt het mogelijk voor de medewerkers om op eenvoudige wijze het implementatieproces te doorlopen, dankzij zijn kennis over praktijkgericht onderzoek en zijn analytische en probleemoplossende vaardigheden.

Aanbevelingen omtrent de uitvoering van het onderzoek berusten zich op de ingezette middelen en methoden, formuleringen van items, onderbouwing van de interventie en de daaruit voortgevloeide betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. De opgeleverde resultaten waren voor de opdrachtgever voldoende om bij te dragen aan het ontwikkelingsproces van het team. Deze gaven inzicht en droegen bij aan het bewerkstelligen van komende veranderingen. Van de gekozen methoden was het meest op te merken over de constructie van de vragenlijst. Er werd daarbij continu gehandeld vanuit de vraag van de opdrachtgever. Zo werd er gekozen voor het in kaart brengen van veranderingen op basis van een effectmeting en interventie. Daardoor werd niet alleen een attitudemeting gedaan, maar tevens werd er exploratief onderzoek gedaan naar de huidige, toekomstige en gewenste begeleidingswijze. Het onderzoek werd vanuit kwalitatieve methodiek geïnterpreteerd. Binnen een relatief kort tijdsbestek werden de gegevens gewonnen en geïnterpreteerd, waarna deze werden uitgedragen om uiteindelijk bij te dragen aan het ontwikkelingsproces van het team. Voor vervolgonderzoek is het belangrijk om te evalueren wat uiteindelijk de praktische veranderingen zullen zijn nadat het (voor)onderzoek was volbracht. Bij dit vervolgonderzoek dient de focus te liggen op het meten van de blijvende gedragsverandering (effecten) bij de participanten.

Literatuurlijst

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In *Action control* (pp. 11-39). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: reactions and reflections.
- Bargh, J. A. & Ferguson, M. J., (2004). Liking is for doing: the effects of goal pursuit on automatic evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 87(5), 557.
- Baarda, D. B., & Goede, M. P. M. de (2006). *Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Baron, G., Groden, J., & Levasseur, P. (2002). 'Stress and Anxiety: Assessment and Coping Strategies', paper presented to the Inaugural World Autism Congress, Melbourne, Australia, 10-14.
- Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A review. *International Review of Research in Mental Retardation*, 169-184. doi:10.1016/s0074-7750(00)80010-5
- Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 6(6), 248-254. doi:10.1016/s1364-6613(02)01904-6
- Bartholomew Eldridge, L. K., Markham, C. M., Ruiter, R. A. C., Fernández, M. E., Kok, G., & Parcel, G. S. (2016). *Planning health promotion programs: An Intervention Mapping approach* (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley
- Bensing, J., Calsbeek, H., Morren, M., & Rijken, M. (2007). Knowledge and Attitudes Towards Genetic Testing: A Two-Year Follow-Up Study in Patients with Asthma, Diabetes Mellitus and Cardiovascular Disease. *Journal of Genetic Counseling*, 16, 493-504
- Boeije, H., Hart, H. 't., & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom
- Brug, J., Schaalman, H., Kok, G., Meertens, R. M., & Molen, H. T., van der (2001). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum & Comp.
- CBS (2018). *Prevalentie Cijfers Autisme*. Verkregen op 20 mei 2018, via <https://www.nji.nl>
- Dam, N., Klaveren Van, S. & Schutte, S. (2017). *Zicht op Uitstroom*. Den Haag: Platform31
- De Bruin, C. (2004). *Geef me de 5: een praktisch houvast bij de opvoeding en begeleiding van kinderen met autisme*. Graviant educatieve uitgave.
- De Bruin, R. (2004). Mét rituelen, maar wel weer leefbaar. *Kind & Adolescent Praktijk*, 3(4), 3-12. doi:10.1007/bf03059500
- De Vries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Education Research*, 3, 273-282.
- Delfos, M. F. & Gottmer, M. (2008). *Leven met Autisme*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Delfos, M. F. (2012). Autisme vanuit ontwikkelingsperspectief. *GZ-Psychologie*, 4(8), 10-15.

- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). Toward a Comprehensive, Transtheoretical Model of Change. Treating Addictive Behaviors, 3–24. doi:10.1007/978-1-4899-1934-2_1
- Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003). Implicit measures in social cognition research: Their meaning and use. *Annual review of psychology*, 54(1), 297–327.
- Gaag, R. J. (2006). Autismespectrumstoornissen. *Bijblijven*, 22(5), 215–223. doi:10.1007/bf03059939
- Hard, B. M., Tversky, B., & Lang, D. (2006). Making sense of abstract events: Building event schemas. *Memory and Cognition*, 34(6), 1221–1235.
- Gezondheidsplein (2018). Wat zijn Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen? Verkregen op 15 juni 2018 via: <https://www.gezondheidsplein.nl/>
- Gillott, A., & Standen, P. J. (2007). Levels of anxiety and sources of stress in adults with autism. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11(4), 359–370. doi:10.1177/1744629507083585
- GGZ Standaarden (2018). GGZ Standaarden, verkregen op 15 februari 2018, via: www.ggzstandaarden.nl/
- Goodwin, C. J. (2002). *Research in psychology*. Methods and Design. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Hamilton, A. F. D. C. (2013). Reflecting on the mirror neuron system in autism: a systematic review of current theories. *Developmental cognitive neuroscience*, 3, 91–105.
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The Weak Coherence Account: Detail-focused Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 5–25. doi:10.1007/s10803-005-0039-0
- Hearsey, K., Mesibov, G. B., & Schopler, E. (1995). Structured teaching in the TEACCH system. In *Learning and cognition in autism* (pp. 243–268). Springer, Boston, MA.
- Hill, E. L. (2004). Executive dysfunction in autism. *Trends in cognitive sciences*, 8(1), 26–32.
- Hoogerwerf, A. (2008). Beleid, processen en effecten. In A. Hoogerwerf, & T. Herweijer (Eds.), *Overheidsbeleid*, 17–34. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Hume, K., Loftin, R., & Lantz, J. (2009). Increasing Independence in Autism Spectrum Disorders: A Review of Three Focused Interventions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(9), 1329–1338. doi:10.1007/s10803-009-0751-2
- Instituut voor de Nederlandse Taal (2018). Definitie ADL. Verkregen op 24 juni 2018, via: <https://ivdnt.org/>
- Kok, G.J., Vries, H. de, Mudde, A.N., & Strecher, V.J. (1991). Planned health education and the role of self-efficacy: Dutch research. *Health Education Research*, 6, 231–238.
- Kok, Gerjo, et al. "A taxonomy of behaviour change methods: An Intervention Mapping approach." *Health psychology review* 10.3 (2016): 297–312.
- Kyrios, M., Prior, M., Zandt, F., & 2007. Repetitive behaviour in children with high functioning autism and obsessive-compulsive disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(2), 251–259.
- Movisie (2018) De Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM). Verkregen op 22 mei 2018, via: www.movisie.nl
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2017). Zorgstandaarden bieden nieuw perspectief. Verkregen op 2 juni, via: www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl

- O'Brien, J., & Lovett, H. (1993). Finding a way toward everyday lives: The contribution of person-centered planning.
- Sachau, D. A. (2007). Resurrecting the motivation-hygiene theory: Herzberg and the positive psychology movement. *Human resource development review*, 6(4), 377-393.
- Sheeran, P. (2002). Intention-behavior relations: A conceptual and empirical review. In: W. Stroebe and M. Hewstone, Editors, *European Review of Social Psychology*, 12, 1-36.
- Teunisse, J.P. (in druk). Levensloopbegeleiding bij autisme: hoe te komen van droom naar daad. *Autisme Centraal*, september 2011.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Amsterdam: Boom onderwijs.
- Verhulst, F. J. C. M., et al. "Fysiotherapie." *Ned Tijdschr Fysiother* 117.2 (2007): 34-41.
- Zalla, T., Labruyère, N., & Georgieff, N. (2013). Perceiving Goals and Actions in Individuals with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(10), 2353-2365. doi:10.1007/s10803-013-1784-0
- Zeevalking, M. (2000). Autism: hoe te verstaan, hoe te begeleiden? doi:10.1007/978-90-313-9451-7
- Zorginstituut Nederland. (2018). Verkregen op 13 maart 2018, via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/>

Bijlage I – Voorbeeld Zorgstandaard

Zoeken in de database

[Inloggen](#) 

Zorgstandaarden

Autisme

Autorisatie datum: 20-11-2017

Autisme

Zoeken binnen autisme

Zorgstandaarden / Autisme

Visie op zorg: gezondheid als perspectief

Zorgstandaarden / Autisme

Inleiding

Zorgstandaarden / Autisme

Specifieke omschrijving autisme

Zorgstandaarden / Autisme

Zorg rondom autisme

Zorgstandaarden / Autisme

Individueel zorgplan en behandeling

Zorgstandaarden / Autisme

Herstel, participatie en re-integratie

Zorgstandaarden / Autisme

Generieke modules

Zorgstandaarden / Autisme

Aanleiding

Er ontbreekt een integraal richtinggevend kwaliteitskader vanuit patiëntperspectief voor behandeling en begeleiding van mensen met autisme. Hulpvragen van mensen met autisme kenmerken zich door:

- diversiteit in momenten waarop de diagnose autisme wordt gesteld (in alle leeftijdsfasen) en daaruit voortvloeiende zorgvragen en andere (hulp)vragen;
- variatie in de intensiteit van de hulpbehoefte van mensen met autisme gedurende de levensloop, zowel gedurende het leven van een persoon als tussen personen met autisme onderling;
- crisissituaties, met name bij grote veranderingen en transitiemomenten in het leven;
- complexiteit omdat hulpvragen vaak op meerdere ontwikkelingsdomeinen en levensgebieden tegelijkertijd betrekking hebben;
- een hoge mate van comorbiditeit, waarbij de bijkomende problematiek soms meer in het oog springt dan het autisme met als risico dat de diagnose autisme gemist wordt. Omgekeerd komt het ook voor dat alle problemen worden uitgelegd als voortkomend uit autisme waardoor bijkomende problematiek (zoals persoonlijkheidsproblematiek of trauma) niet wordt gesignaleerd en behandeld.

Daarnaast signaleren mensen met autisme, naast en zorgprofessionals de volgende knelpunten:

- versnipperde of onvoldoende kennis over evidence- en practice-based behandelaanbod voor mensen met autisme, met verkeerde diagnoses en niet-passende hulp tot gevolg;
- onduidelijkheid bij patiënten, naasten en professionals over (on)mogelijkheden in de ggz, mede als gevolg van veranderingen in beleid en in het bijzonder de transities naar gemeenten;
- te weinig nazorg en monitoring;
- Deze zorgstandaard wil deze knelpunten aanpakken.

Doelstelling

Het ontwikkelen van een kwaliteitskader voor de inhoud en organisatie van de ggz voor mensen met autisme van alle leeftijden. Patiënten- en familieorganisaties en organisaties van zorgprofessionals en zorginstellingen leggen gezamenlijk vast wat inhoudelijk goede ggz is voor mensen met autisme en hoe deze zorg georganiseerd dient te worden, ten einde:

- patiënten, hun naasten en zorgprofessionals inzicht te bieden in de inhoud en organisatie van zorg voor mensen met autisme waardoor zij beter in staat zijn tot gezamenlijke besluitvorming, keuzes maken en regie voeren.
- een breed gedragen kwaliteitskader te bieden dat:
 - zorgprofessionals handvatten biedt voor het realiseren van gezamenlijke besluitvorming, het versterken van de regierol van de patiënt en naasten en het ondersteunen van zelfmanagement;
 - beroepsorganisaties handvatten biedt voor het versterken van kennisontwikkeling en kwaliteitsbeleid op het gebied van autisme.

Voor wie is de zorgstandaard autisme?

De beschrijving van inhoud, organisatie en kwaliteit van diagnostiek en behandeling voor mensen met autisme en hun naasten leidt tot een kwaliteitskader dat richtinggevend kan zijn voor verschillende gebruikersgroepen:

- Mensen met (een vermoeden van) autisme en hun naasten: zij krijgen meer inzicht in wat zij mogen verwachten van de ggz waar het gaat om diagnostiek, behandeling en nazorg waardoor zij beter in staat zijn om actief deel te nemen in gezamenlijke besluitvorming;
- Behandelaren, beroepsorganisaties en zorginstellingen: zij krijgen handvatten voor het versterken van kennisontwikkeling en kwaliteitsbeleid ter verbetering van de zorg rondom autisme. Ook krijgen zij handvatten voor het versterken van de regierol van de patiënt en hun naasten, het realiseren van gezamenlijke besluitvorming en het ondersteunen van zelfmanagement;
- Zorgverzekeraars en gemeenten: zij krijgen handvatten voor een patiëntgericht inkoopbeleid op basis van duidelijke en breed gedragen afspraken over inhoud, organisatie, kwaliteitscriteria en te verwachten uitkomsten van de zorg;
- Inspectie voor de Gezondheidszorg: deze krijgt handvatten voor adequaat toezicht.

Bijlage II –Draaiboek Interventie

Draaiboek Interventie Bijeenkomst

Auteur: Jos Folkers

Opdrachtgever: Siza / Saxion Universiteit

Uitvoerdatum: 23 - 05 - 2018

1 Doel: Probleemanalyse + Gedragsdeterminanten

Bij Siza ASW hebben de bewoners in team Blauw de mogelijkheid om te trainen, om door te stromen naar een ambulant zorgteam. Deze doorstroom loopt niet soepel door verschillende factoren. De wijze waarop het trainen gehanteerd wordt binnen het team is daar mogelijk een van. Er wordt geen eenduidige begeleidingswijze toegepast met het trainen. De wijze van trainen is een factor waar de deelnemers en medewerkers veel invloed op hebben. Vanuit het ASE-model wordt gedrag bepaald door de gedragsintentie welke gevormd wordt door drie determinanten. Door de teamleden met elkaar in gesprek te laten gaan over deze determinanten en door de teamleden stil te laten staan over het verleden, heden, en de toekomst van organisatie, wordt er vanuit een ontwikkelingsperspectief gepoogd een positieve verandering in de attitude teweeg te brengen. Het doel van de bijeenkomst is om de teamleden bewust te maken over de verschillende factoren die de begeleidingswijze positief en negatief kunnen beïnvloeden, waardoor met het aanpassen van de houding er mogelijk eenduidigheid kan worden nagestreefd.

2 Deelnemersaantal / werving

De populatie van de deelnemers bestaat uit ongeveer acht werknemers die de functie hebben van regiebegeleider in een team dat cliënten met autisme traint naar zelfredzaamheid. Deze bijeenkomst kan optimaal fungeren indien de deelnemersgroep bestaat uit alle teamleden. De optimale capaciteit is acht personen. Alle teamleden zijn door persoonlijk contact met de opdrachtgever uitgenodigd om deel te nemen aan de focusgroep.

3 Informatieverschaffing

Informatie over de bijeenkomst is vormgegeven in een e-mail die gericht is op de doelgroep. Met deze e-mail krijgen zij te weten: (1) hoe lang het gaat duren, (2) wat het doel is en (3) wat het verloop zal zijn. Bij de focusgroep hoort ook een attitudemeting. Deze wordt maximaal één week voor- en na de bijeenkomst afgenomen. Informatie daarover is vormgegeven in dezelfde e-mail.

4 Interventie: Interactieve focusgroep (Appreciative Inquiry Method)

Doel: Het doel van de focusgroep is om het team vanuit een ontwikkelingsperspectief met elkaar in gesprek te laten gaan over de beleving van hun interpersoonlijke houdingen en gedragingen en de uitkomsten daarvan, in het kader van het begeleiden van mensen met autisme.

Methode: “Appreciative Inquiry Method” = ook wel “Waarderend Onderzoek”. Oplossingsgerichte en ontwikkelingsgerichte wijze van gespreksvoeringen tussen de participanten van de focusgroep. De werknemers van het team waarin wordt getraind vormen deze focusgroep.

Inhoud van de focusgroep: De focusgroep duurt een uur lang. De bijeenkomst bestaat uit drie onderdelen (zie bijlage 1 voor uitwerking):

1: Het bespreken van het ASE-model - Invullen tabel

2: Het bespreken van het verleden, heden en de toekomst van het team.

3: Het bespreken van de kwaliteitsstandaarden van het Zorginstituut Nederland.

De gespreksleider stemt het niveau van de onderwerpen af, opdat alle deelnemers de kans krijgen om mee te praten over de te bespreken onderwerpen.

Tijdens de bijeenkomst wordt aandacht besteed aan het bedenken van mogelijkheden om eenduidigheid te bewerkstelligen. Door bepaalde vraagstellingen kunnen de deelnemers worden uitgedaagd om te bedenken wat mogelijke positieve veranderingen kunnen zijn om tot eenduidigheid te komen. In bijlage 2 staan een aantal voorbeeldvraagstellingen. Deze stof zal zich baseren op de inhoud van de vragenlijst die voorafging.

Verder wordt er aandacht besteed aan de (GGZ) kwaliteitsstandaarden van het Nederlands Zorginstituut, waarvan verschillende aspecten van de website van het Zorginstituut (zie bijlage 3 voor de volledige stof) zullen worden toegelicht.

Frequentie van de bijeenkomsten: Het aantal bijeenkomsten beperkt zich tot een eenmalige focusgroep en een eenmalige terugkoppeling. Deze zijn los van elkaar gepland omwille van het laten bezinken van de behandelde stof.

Locatie: De bijeenkomst zal plaatsvinden in de algemene ruime woonkeuken in het gebouw van de ASW. De volgende zaken zijn belangrijk om in de gaten te houden:

De deur kan op slot. Hierdoor hoeft de bijeenkomst niet verstoord te worden.

De ruimte dient ruim te zijn omwille van het stimuleren van ruimdenkendheid.

De deelnemers mogen zitten, staan of bewegen, zolang zij maar betrokken blijven.

Indien er een flap-over bord met papier aanwezig is, kan dit worden gebruikt als materiaal voor notulen.

Post-its en pennen dienen van tevoren worden klaargelegd.

De ruimte dient vooraf te worden opgeruimd en moet klaar zijn om gebruikt te worden.

Indien de bijeenkomst niet door kan gaan door een crisissituatie wachten de omstanders de dreiging af en wordt de bijeenkomst stilgelegd totdat nadere acties kunnen worden overwogen.

5. Organisatie

Taakverdeling: 8x Regiebegeleider in Team Blauw.

Bij het organiseren van de interventie zijn betrokken: Contactpersoon Regiebegeleider Siza, Productspecialist Siza, Scriptiebeoordelaars Saxion.

Tijdsplanning: Het is belangrijk om de vragenlijst noch te vroeg noch te laat af te nemen na de interventie. Een spreiding van een week is gewenst omdat het de lasten van de deelnemers vermindert; zij krijgen voldoende tijd om de stellingen en besprekingen te laten bezinken.

Bijlage A: Uitwerking draaiboek

Doel 1: Het bespreken van het ASE-model - Invullen tabel

Doel 2: Het bespreken van het verleden, heden en de toekomst van het team.

Doel 3: Het bespreken van de kwaliteitsstandaarden van het Zorginstituut Nederland.

Procesdoel 1: Geef indicatie van duur, procedure, materialen.

Procesdoel 2: Geef aan dat het om een open gesprek gaat, geen presentatie

Procesdoel 3: Geef aan dat Siza werkt met zorgstandaarden in het Beleid.

[sturend][t+0m]

Welkom allemaal bij deze bijeenkomst. Bedankt dat jullie en ik hier aanwezig mogen zijn om gezamenlijk in gesprek te gaan over de begeleidingswijzen hier op de ASW, en over de ontwikkelingen van het team. Verder wil ik jullie graag informeren over kwaliteitsstandaarden. Deze interactieve voorlichting gaat ongeveer 1 uur duren met ruimte voor vragen en nabespreking. Graag wil ik melden dat het hier gaat om gespreksvoering, het is geen presentatie maar ik ga wel een aantal belangrijke zaken noemen.

[sturend][t+0.25m]

Belangrijke zaken zijn: respect voor elkaar, ruimte om te overleggen of te discussiëren, jullie mogen tijdens de bijeenkomst vragen stellen aan mij of aan elkaar, ik zal het gesprek geleiden, verder nog veiligheid; het is aan jullie om af te spreken in hoeverre jullie de bijeenkomst willen bespreken met mensen buiten het team.

[sturend][t+0.5m]

Het doel van de bijeenkomst is om het team de kans te geven om lekker uitgebreid stil te staan bij de ontwikkelingen van het team en diens uitkomsten en resultaten. Hierbij faciliteer ik de stof waar ik jullie met elkaar wil laten praten. Geen zorgen, want ik stel jullie een aantal vragen om op gang te komen. Zie het als een vergadering, waarbij jullie allemaal persoonlijke belangrijke punten naar voren brengen.

[sturend][t+2m]

De agenda bestaat uit:

Doel 1: Het bespreken van de vragenlijst en het ASE-model.

Doel 2: Het bespreken van het verleden, heden en de toekomst van het team.

Doel 3: Het bespreken van de de ggz-kwaliteitsstandaarden van het Zorginstituut NL.

[Sturend][t+3m][materialen: ASE model op papier, GGz-standaarden voor-info]

Het bespreken van de vragenlijst en het ASE-model:

> Eerst wil ik graag aan jullie vragen wat jullie van de vragenlijst vonden?

> Wat merkten jullie eraan op?

> De volgende onderwerpen kwamen in de vragenlijst aanbod:

- jullie kennis van begeleiden; de organisatie;

- jullie cognitie omtrent het begeleiden: denkbeelden, beeldvorming en ook kennis;

- de waargenomen sociale norm van het team: hoe denken over het handelen van het team?

- de waargenomen eigen effectiviteit: hoe denken jullie over eigen capaciteiten en kwaliteiten?

- het feitelijke gedrag en de gedragsintentie: uit welke intentie handelen jullie en wat zijn de uitkomsten?

> Zijn hier nog vragen over? Specifieke vragen over specifieke items kunnen in een email naar mij worden gestuurd. Ik kan helaas geen echte voorbeelden naar voren halen vanuit de vragenlijst, omdat ik deze nog eens moet afnemen.

> Later, Met het terugkoppelen van de resultaten krijgen jullie meer inzicht in de verschillende stellingen en wat de cijfers laten zien over jullie houdingen en gedragingen.

>>> Vragen of iemand weet ASE voor staat?

> Beknopte uitleg ASE-model: Gedrag wordt bepaald door gedragsdeterminanten:

A = Attitude (houding),

S = Sociale Norm (afspraken),

E = Eigen Effectiviteit (zelfsturend vermogen)

>>> Uitdelen uitdraaien over ASE model bijlage 2 + 3 + 4

>Deze eigenschappen of factoren zijn een goede voorspeller voor het uiteindelijke gedrag.

> Wat betekent dit voor jullie?

> Kennis over en inzicht in: attitude, de sociale norm en de eigen effectiviteit, kan helpen bij het veranderen van de uitkomsten van het gedrag, ofwel de consequenties. Indien jullie de factoren inzien die voor een belangrijk deel negatieve uitkomsten veroorzaken, dan kan hierop worden ingespeeld. Deze factoren kunnen zijn; gebrek aan kennis over de organisatie, gebrek aan kennis over het begeleiden, gebrek aan kennis over autisme, of gebrek aan samenhang in sociale norm en gedragsintentie. Deze aspecten kunnen allemaal van invloed zijn op eenduidigheid. En dus, om eenduidigheid te kunnen behalen dienen jullie op een lijn te zitten. Dat lukt niet vanzelf, en daarom zijn er kwaliteitsstandaarden bedacht

door het Zorginstituut Nederland. Deze standaarden ondersteunen zorginstellingen om handvatten te geven en omgangswijzen toegankelijk, helder en afgestemd te krijgen op beide doelgroepen: de werknemer en de cliënt.

[interactief][t+30m][materialen: papier, stiften, post-its]

Het bespreken van het verleden, het heden en de toekomst van het team.

> Voor dit onderdeel is al jullie inbreng nodig. Op de papieren vellen aan de muur zien jullie van links naar rechts: Het Verleden, Het Heden, en De Toekomst in het kader van het trainen in dit team.

> Het is nu aan jullie kernwoorden te verzinnen als: Vrijzinnig, Bureaucratisch, Gezellig, Professioneel, of Team-Spirit. Hiermee geven jullie aan wat jullie denken/voelen/weten van Het Verleden en Het Heden, en welke begrippen voor jullie van toepassing zijn in de toekomst.

> Dit zijn slechts voorbeelden die jullie kunnen gebruiken. Ik heb een lijst met woorden (bijlage 5) klaarliggen die jullie over kunnen nemen, maar jullie mogen ook zelf zinnen of woorden bedenken die meer voor jullie van toepassing zijn.

> Deze woorden of zinnen dienen jullie nu per post-it op de papieren vellen te plakken. Graag 1 woord of 1 zin per post-it.

>>> Uitdelen bijlage 5

> Tijdens het invullen mogen jullie met elkaar praten of met mij om vragen te stellen.

> Als ik merk dat jullie er klaar voor zijn kunnen we de resultaten in verhouding tot de genoemde chronologische volgorde bespreken.

[interactief+sturend][t+40m][materialen: resultaten papier, ase model, vervolgstappen]

Het bespreken van de kwaliteitsstandaarden van het Zorginstituut Nederland.

> Zoals eerder vermeld in deze bijeenkomst zijn er kwaliteitsstandaarden bedacht door legio partners van het Zorginstituut Nederland. Deze standaarden dragen bij aan zorginstellingen om handvatten te geven, en omgangswijzen toegankelijk en helder te krijgen, waarmee beide partijen op elkaar kunnen worden afgestemd.

> Een citaat over de definitie van een "Zorgstandaard", verkregen van de webpagina <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>, luidt:

"Zorgstandaard: Een zorgstandaard beschrijft in algemene termen vanuit het perspectief van de patiënt wat goede zorg is voor mensen met een bepaalde psychische aandoening gedurende het complete zorgcontinuüm, de patient journey. Een zorgstandaard geeft de (landelijke) norm waaraan multidisciplinaire, integrale zorg bij psychische aandoeningen moet voldoen. Daarbij staat in de zorgstandaard wat de patiënt kan verwachten, niet alleen op het gebied van medicatie en behandeling, maar ook met aandacht voor participatie, de omgeving en de organisatie van zorg. Dit maakt het voor alle partijen in de brede ggz inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten in het zorgtraject."

> Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ is een samenwerkingsverband dat eind 2013 is opgericht. In het Netwerk werken patiënten en naasten, zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen in hun streven naar goede, toegankelijke en betaalbare geestelijke gezondheidszorg. Dit gebeurt door het ontwikkelen, financieren en begeleiden van kwaliteitsstandaarden.

Om de kwaliteit van de ggz voor mensen met psychische problemen verder te verbeteren heeft het Netwerk voor de komende jaren de volgende missie geformuleerd:

> Het Netwerk streeft vanuit het perspectief van patiënt en vraaggericht naar een planmatige ... verbetering en innovatie van de beroepsuitoefening van professionals en zorgvoorzieningen in de ... ggz, opdat de zorg door de juiste persoon, op de juiste plek, op het juiste moment, in goede samenhang en doelmatig wordt geleverd.

> Waarom ik dit met jullie deel? Om te inspireren.

> Wat kan dit voor jullie betekenen?

> De standaarden zijn toegankelijk voor het publiek via de online databases en hier heb ik een voorbeeld van uitgeprint over autisme en info over het Netwerk (bijlage 6).

>>> Uitdelen van uittreksels van GGZ-standaarden voor ASS

> Overleg ... Wat is jullie reactie hierop

[interactief][t+60m][materialen: ingevulde papieren]

Nabespreking van de bijeenkomst

Ruimte voor vragen en tijd om bijlage 6 te lezen

Bijlage B: Voorbeeld-vraagstellingen ASE - invloeden van gedrag.

>ASE = Attitude + Sociale Invloed + Eigen Effectiviteit = Gedrag

Attitude (= Kennis + Affectief + Cognitief + Gedrag)

Sociale Invloed (= Verwachtingen + Kennis over Groepsdynamiek/Groepsdruk)

Eigen Effectiviteit (= Verwachtingen + Kennis over Capaciteit van Gedrag)

>Nu jullie weten wat attitude kan beïnvloeden, kunnen jullie ook al bedenken wat dit voor het trainen in Team Blauw zou kunnen betekenen?

> Attitude =

Kennis:

Wat weten jullie van het beleid en zijn jullie op de hoogte van de hulpmiddelen?

Affectief:

Waar halen jullie het plezier uit ten aanzien van het trainen? Wat haalt het weg?

Cognitief:

Wat denken jullie over het begeleiden en hoe zou het moeten? Wat denken jullie van autisme en in hoeverre er op ingespeeld kan worden?

Gedrag:

Wat denken jullie over eigen gedragingen en diens uitkomsten?

> Sociale Norm =

Verwachtingen:

Wat denken jullie te verwachten van elkaar binnen het team? Wat denken jullie dat de cliënten verwachten van het team?

Wat denken jullie dat extramurale collega's van het team verwachten?

Kennis:

Wat zijn de afspraken met elkaar in het team? Wat weten jullie van de verwachtingen van de cliënt?

> Eigen Effectiviteit =

Verwachtingen:

Wat denken jullie zelf te verwachten van jullie eigen capaciteiten?

Kennis:

Wat weten jullie van jullie onderlinge en gebundelde capaciteiten?

... Wat valt hier voor jullie nog in te ontwikkelen?

Bijlage C: Afbeelding ASE-model (De Vries et al., 1988; Ajzen, 1985: Theory of Planned Behavior)

-

Bijlage D: Tabel voor het eigenhandig invullen van factoren.

ASE x	Welke factoren?	Waaraan moet gewerkt worden?
Attitude		
Sociale Norm		
Eigen Effectiviteit		

Kennis		
--------	--	--

Bijlage E: Voorbeeld sleutelwoorden en kernzinnen

Daadkracht	Intimiteit	Respect	Vriendschap
Dankbaarheid	Inzet	Resultaat	Vrijgevigheid
Degelijkheid	Inzicht	Rijkdom	Vrijheid
Deskundigheid	Kennis	Rust	Waardering
Deugdbaarheid	Klantgerichtheid	Samenwerken	Waardevol
Dienstbaarheid	Klantvriendelijkheid	Samenzijn	Waardenvrij
Discipline	Kunstzinnigheid	Schenken	Waardigheid
Doelgerichtheid	Kwaliteit	Schoonheid	Waarheid
Duidelijkheid	Leiderschap	Simpelheid	Wijsheid
Duurzaamheid	Leraarschap	Solidariteit	Zekerheid
Eenheid	Levenslust	Souplesse	Zelfbehoud
Eenvoudigheid	Liefde	Soevereiniteit	Zelfkennis
Eerlijkheid	Loyaliteit	Speelsheid	Zelfstandigheid
Effectiviteit	Mededogen	Spiritualiteit	Zelfvertrouwen
Efficiëntie	Meesterschap	Spontaniteit	Zingeving
Eigenheid	Meeveren	Stabiliteit	Zorgvuldigheid
Energiek	Mildheid	Stilte	Zorgzaamheid
Enthousiasme	Moedig	Tederheid	Zuiverheid
Erkenning	Mogelijkheden	Tevredenheid	
Essentie	Mondigheid	Toegankelijkheid	
Fijnzinnigheid	Muzikaliteit	Toewijding	
Flexibiliteit	Nederigheid	Tolerantie	
Geborgenheid	Nuchterheid	Traditioneel	
Geduld	Onbaatzuchtigheid	Transformatie	
Geestkracht	Onafhankelijkheid	Troost	

Bijlage F:

De GGZ zorg- en kwaliteitsstandaarden van het NZI zijn toegankelijk en te vinden via internet.

<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/autisme>

Zorgstandaarden

Autisme

Autorisatie datum: 20-11-2017

Autisme

Zoeken binnen autisme

Zorgstandaarden / Autisme
Visie op zorg: gezondheid als perspectief

Zorgstandaarden / Autisme

Inleiding

Zorgstandaarden / Autisme

Specifieke omschrijving autisme

Zorgstandaarden / Autisme

Zorg rondom autisme

Zorgstandaarden / Autisme

Individueel zorgplan en behandeling

Zorgstandaarden / Autisme

Herstel, participatie en re-integratie

Zorgstandaarden / Autisme

Generieke modules

Zorgstandaarden / Autisme

Er ontbreekt een integraal richtinggevend kwaliteitskader vanuit patiëntperspectief voor behandeling en begeleiding van mensen met autisme. Hulpvragen van mensen met autisme kenmerken zich door:

diversiteit in momenten waarop de diagnose autisme wordt gesteld (in alle leeftijdsfasen) en daaruit voortvloeiende zorgvragen en andere (hulp)vragen;

variatie in de intensiteit van de hulpbehoefte van mensen met autisme gedurende de levensloop, zowel gedurende het leven van een persoon als tussen personen met autisme onderling;

crisissituaties, met name bij grote veranderingen en transitiemomenten in het leven;

complexiteit omdat hulpvragen vaak op meerdere ontwikkelingsdomeinen en levensgebieden tegelijkertijd betrekking hebben;

een hoge mate van comorbiditeit, waarbij de bijkomende problematiek soms meer in het oog springt dan het autisme met als risico dat de diagnose autisme gemist wordt. Omgekeerd komt het ook voor dat alle problemen worden uitgelegd als voortkomend uit autisme waardoor bijkomende problematiek (zoals persoonlijkheidsproblematiek of trauma) niet wordt signaleerd en behandeld.

Daarnaast signaleren mensen met autisme, naasten en zorgprofessionals de volgende knelpunten:

versnipperde of onvoldoende kennis over evidence- en practice-based behandelaanbod voor mensen met autisme, met verkeerde diagnoses en niet-passende hulp tot gevolg;

onduidelijkheid bij patiënten, naasten en professionals over (on)mogelijkheden in de ggz, mede als gevolg van veranderingen in beleid en in het bijzonder de transitie naar gemeenten;

te weinig nazorg en monitoring;

Deze zorgstandaard wil deze knelpunten aanpakken.

Doelstelling

Het ontwikkelen van een kwaliteitskader voor de inhoud en organisatie van de ggz voor mensen met autisme van alle leeftijden. Patiënten- en familieorganisaties en organisaties van zorgprofessionals en zorginstellingen leggen gezamenlijk vast wat inhoudelijk goede ggz is voor mensen met autisme en hoe deze zorg georganiseerd dient te worden, ten einde:

patiënten, hun naasten en zorgprofessionals inzicht te bieden in de inhoud en organisatie van zorg voor mensen met autisme waardoor zij beter in staat zijn tot gezamenlijke besluitvorming, keuzes maken en regie voeren.

een breed gedragen kwaliteitskader te bieden dat:

zorgprofessionals handvatten biedt voor het realiseren van gezamenlijke besluitvorming, het versterken van de regierol van de patiënt en naasten en het ondersteunen van zelfmanagement;

beroepsorganisaties handvatten biedt voor het versterken van kennisontwikkeling en kwaliteitsbeleid op het gebied van autisme.

Voor wie is de zorgstandaard autisme?

De beschrijving van inhoud, organisatie en kwaliteit van diagnostiek en behandeling voor mensen met autisme en hun naasten leidt tot een kwaliteitskader dat richtinggevend kan zijn voor verschillende gebruikersgroepen:

Mensen met (een vermoeden van) autisme en hun naasten: zij krijgen meer inzicht in wat zij mogen verwachten van de ggz waar het gaat om diagnostiek, behandeling en nazorg waardoor zij beter in staat zijn om actief deel te nemen in gezamenlijke besluitvorming;

Behandelaren, beroepsorganisaties en zorginstellingen: zij krijgen handvatten voor het versterken van kennisontwikkeling en kwaliteitsbeleid ter verbetering van de zorg rondom autisme. Ook krijgen zij handvatten voor het versterken van de regierol van de patiënt en hun naasten, het realiseren van gezamenlijke besluitvorming en het ondersteunen van zelfmanagement;

Zorgverzekeraars en gemeenten: zij krijgen handvatten voor een patiëntgericht inkoopbeleid op basis van duidelijke en breed gedragen afspraken over inhoud, organisatie, kwaliteitscriteria en te verwachten uitkomsten van de zorg;

Inspectie voor de Gezondheidszorg: deze krijgt handvatten voor adequaat toezicht.

Bijlage III – Rapportage Resultaten

III.1 Resultaten effectmeting

Tabel III.1.1: Verdeling modus - Kennis (van de organisatie)

<i>Stellingen</i>	<i>Modus voormeting</i>	<i>Aantal participanten</i>	<i>Modus nameting</i>	<i>Aantal participanten</i>
Kennis 1 <i>Direct Trainen</i>	2	4	2	4
Kennis 2 <i>GGZ-standaard</i>	3	4	4	6
Kennis 3 <i>Effectief Trainen</i>	3	4	4	4
Kennis 4 <i>Verwachting Strategisch</i>	3	4	4	6
Kennis 5 <i>Plan van Aanpak</i>	4	4	4	4

Notitie: In de tabel worden de modus en de aantallen participanten respectievelijk gegeven van zowel de voormeting als de nameting.

Tabel III.1.2: Verdeling modus - Affectie

<i>Stellingen</i>	<i>Modus voormeting</i>	<i>Aantal participanten</i>	<i>Modus nameting</i>	<i>Aantal participanten</i>
Affectief – item 6 <i>Doelen bereiken</i>	4	4	4	5
Affectief – item 7 <i>Kansen</i>	4	7	4	6
Affectief – item 8 <i>Bureaucratie</i>	2	4	2	4
Affectief – item 9 <i>Verbondenheid</i>	4	5	4	5
Affectief – item 10 <i>Gemotiveerd</i>	4	6	4	6

Notitie: In de tabel worden de modus en de aantallen participanten respectievelijk gegeven van zowel de voormeting als de nameting.

Voor het construct **Cognitie** als onderdeel van de Attitude werden er negen items ingezet die deelconstructen van de Cognitie maten. Deze deelconstructen werden ieder met *drie* items gemeten in de vragenlijst. De verdeling van de modus van het construct Cog. Kennis staat hieronder weergegeven in de *tabel 4.3*. Dit waren de items 11 t/m 19. Met de eerste

stelling (**item 11**) die het deelconstruct **Kennis** van begeleiden van mensen met ASS bevroeg: “Ik denk dat aansluiting vinden met cliënten, betekent dat we doen wat de cliënt van ons vraagt.”, waren de meningen verdeeld. Drie participanten (42,9%) waren het een beetje eens (m=3) met deze stelling. Met de tweede stelling (**item 12**) waren alle zeven (100%) de participanten het echter helemaal eens (m=4) met de stelling: “Ik denk dat cliënten met autisme baat hebben bij een gestructureerde benadering tijdens het begeleiden.”. Met de derde stelling (**item 13***): “Ik denk dat het als begeleider van mensen met autisme belangrijk is om tijdens het begeleiden de focus te leggen op de problemen en valkuilen.”, waren de meeste participanten het helemaal oneens (m=4). Zes (85,7%) participanten waren het er helemaal mee oneens en één participant (14,3%) liet weten het er een beetje mee oneens te zijn.

In tabel 4.3 hieronder valt af te lezen dat de modus van de eerste stelling (*item 11*) op het construct **Kennis** van begeleiden en ASS, gezakt is naar een *beetje* mee oneens (m=2; 57,1%, t.o.v. m=3; 42,9%) tijdens de nameting. Er waren dus meer participanten die het oneens waren met deze stelling. Verder valt op dat de resterende twee stellingen (*items 12, 13**) een onveranderde modus hebben (m=4; 85,7%, en 57,1% voor item 13).

Tabel III.1.3: Verdeling modus - Cognitie Kennis

Stellingen	Modus voormeting	Aantal participanten	Modus nameting	Aantal participanten
Cog. Kennis - item 11 Aansluiting	3	3	2	4
Cog. Kennis – item 12 Structuur	4	7	4	6
Cog. Kennis – item 13 Focus	4	6	4	4

Notitie: In de tabel worden de modus en de aantallen participanten respectievelijk gegeven van zowel de voormeting als de nameting.

Het tweede deelconstruct van Cognitie had betrekking tot de **Beeldvorming** van het begeleiden van mensen met ASS. Dit werd in kaart gebracht met de items 14, 15 en 16. Met de eerste stelling (**item 14**): “Mijn beeld bij het begeleiden van mensen met autisme is onder meer dat het aanleren van patronen zeer moeilijk gaat.”, waren er vier (57,1%) participanten het een beetje oneens (m=2) en drie (42,9%) waren het er een beetje mee eens. De meeste participanten waren het helemaal eens (m=4) met de tweede stelling van Beeldvorming in de voormeting (**item 15**): “Mijn beeld bij het begeleiden van mensen met autisme is onder meer dat mensen met autisme in het kader van deelvaardigheden beter kortetermijndoelen kunnen stellen om succes te behalen.”. Vier participanten (57,1%) waren het helemaal eens met deze stelling en drie (42,9%) participanten waren het er een beetje eens. Dit was ook het geval met de derde stelling (**item 16**): “Mijn beeld bij het begeleiden van mensen met autisme is onder meer dat de cliënten met hulp van onze begeleidingswijze de mogelijkheid krijgen om strategisch valkuilen aan te pakken en kwaliteiten te ontwikkelen.”. Vijf participanten (71,4%) waren het een beetje eens (m=3) met deze stelling, twee participanten (28,6%) waren het er helemaal mee eens. In tabel 4.4 hieronder wordt de verdeling van de meest gekozen antwoorden weergegeven.

Vanuit de nameting is gebleken dat de modus voor de constructen van **Beeldvorming** veranderd zijn voor wat betreft *items 14 en 16*. Zo is in tabel 4.4 te zien dat de meeste participanten het een beetje mee oneens waren met de stelling van item 14 tijdens de voormeting, maar met de *nameting* waren de meeste participanten het een beetje eens (m=3; 42,9%, t.o.v. m=2; 57,1%). Ware het wel dat % van de participanten. Voor *item 15* is de modus onveranderd gebleven (m=4; 57,1%), de meeste participanten waren het helemaal eens met deze stelling. Met de stelling van item 16 waren de meeste participanten het een *beetje* eens tijdens voormeting, met de nameting waren de meesten het echter *helemaal* eens (m=4; 57,1%, t.o.v. m=3; 71,4%).

Tabel III.1.4: Verdeling modus - Cognitie Beeldvorming

Stellingen	Modus voormeting	Aantal participanten	Modus nameting	Aantal participanten
------------	------------------	----------------------	----------------	----------------------

Beeldvorming item 14 <i>Patronen Aanleren</i>	2	4	3	3
Beeldvorming item 15 <i>Kortetermijndoelen</i>	4	4	4	4
Beeldvorming item 16 <i>Mogelijkheden</i>	3	5	4	4

Notitie: In de tabel worden de modus en de aantallen participanten respectievelijk gegeven van zowel de voormeting als de nameting.

Het derde deelconstruct van de Cognitie omvatte de **Denkbeelden** over het begeleiden van mensen met ASS. Dit construct werd bevraagd met de items 17*, 18 en 19. Met de eerste stelling (**item 17***): “Ik denk niet dat mensen met autisme geholpen kunnen worden met het vastlopen in hun dagelijkse levensverrichtingen (ADL).”, waren de meeste participanten (85,7%) het er helemaal mee *oneens* (m=4) en één participant (14,3%) was het er een beetje mee *oneens*. Vier participanten (57,1%) waren het een beetje *eens* (m=3) met de tweede stelling (**item 18**): “Ik denk dat mensen met autisme lange termijn ontwikkelingsdoelen goed aankunnen.”. Drie participanten (42,9%) waren het er een beetje mee *oneens*. Met de laatste stelling (**item 19**): “Ik denk dat mensen met autisme met een passende interventie geholpen kunnen worden om allerlei vaardigheden uit te voeren.”, waren er vijf participanten (71,4%) het helemaal *eens* (m=4), één (14,3%) was het er een beetje mee *eens*, en één (14,3%) was het er een beetje mee *oneens*.

In tabel 4.5 is te zien wat de verschillen zijn tussen de voor-en nameting op de items 17*, 18 en 19 van de constructen van **Denkbeelden**. Wat opvalt aan de gegevens van de nameting voor wat betreft één van de constructen, is dat met item 18 de modus lager is komen te liggen. De meeste participanten waren het een beetje *oneens* (m=2; 85,7%, t.o.v. m=3; 57,1%) met deze stelling. De gegevens van de modus zijn verder grotendeels onveranderd gebleven voor wat betreft items 17* (m=4; 85,7%) en 19 (m=4; 57,1%, t.o.v. m=4; 71,4%).

Figuur III.1.5: Verdeling modus - Cognitie Denkbeelden

Stellingen	Modus voormeting	Aantal participanten	Modus nameting	Aantal participanten
Denkbeelden item 17 <i>ADL</i>	4	6	4	6
Denkbeelden item 18 <i>Langetermijndoelen</i>	3	4	2	6
Denkbeelden item 19 <i>Passende Interventie</i>	4	5	4	5

Notitie: In de tabel worden de modus en de aantallen participanten respectievelijk gegeven van zowel de voormeting als de nameting.

Het construct **Gedragssintentie** als laatste attribuut van het concept Attitude werd gemeten met de items 20, 21, 22, 23, en 24. De eerste stelling (**item 20**) luidde: “Ik vind dat ‘aansluiting vinden’ betekent dat ik ervan op de hoogte ben van hoe de cliënten bejegend willen worden.”. Met deze stellingen waren de meeste het eens. Vijf participanten (71,4%) waren het er een beetje eens (m=3) en twee waren het er helemaal mee eens (28,6%). De daaropvolgende stelling (**item 21**) luidde: “Ik vind dat als een cliënt laat zien zijn leerdoelen te hebben behaald, dan betekent dit dat de begeleiding ervoor moet waken dat de cliënt zijn leerdoelen onderhoud.”. Met deze stelling waren tevens de meeste het eens. Vijf participanten (71,4%) waren het bij dit item echter helemaal *eens* (m=4) met de stelling en twee waren het er een beetje mee *eens* (28,6%). Met de derde stelling (**item 22***) die de Gedragssintentie bevroeg: “Ik vind dat iedereen een andere begeleidingswijze mag toepassen tijdens het trainen met cliënten.”, waren er evenveel participanten het *oneens* als eens. Drie participanten (42,9%) waren het een beetje *eens* (m=2) met de stelling en drie participanten (42,9%) waren het een beetje *oneens* met de stelling. De modus is dus gedeeld maar de laagste (m=2) waarde wordt gehanteerd. Met de vierde stelling (**item 23**): “Ik vind dat aansluiting met cliënten gevonden kan worden door maatwerk te verlenen.” waren de meeste participanten *eens*. Vijf participanten (71,4%)

waren het er helemaal mee eens (m=4) en twee participanten (28,6%) waren het er een beetje mee eens. Tot slot waren er vier participanten (57,1%) het helemaal eens (m=4) met de laatste stelling die de Gedragsintentie meet (**item 24**): “Ik vind dat als er uiteenlopende begeleidingswijzen worden toegepast dat dit verwarrend kan zijn voor de cliënt, waardoor mogelijk de aansluiting verloren raakt.” en drie participanten (42,9%) waren het er een beetje mee eens.

Hieronder in tabel 4.6 staan de gegevens weergegeven van de modus op de stellingen die de **Gedragsintentie** onderzochten. De meeste gegevens zijn onveranderd gebleven. Op de eerste vier stellingen (*items 20, 21, 22* en 23*) is de modus hetzelfde gebleven. Een kleine verandering is dat de meeste participanten het met met de laatste stelling (**item 23**) van het construct Gedragsintentie tijdens de nameting een beetje eens (m=3; 57,1%) waren, waar de meeste participanten het er met de voormeting nog helemaal mee eens waren. Verder waren de meeste participanten het een beetje eens met de laatste stelling (item 24), terwijl de meeste participanten het er helemaal mee eens waren met de voormeting. Ondanks dat waren alle zeven de participanten het gedeeltelijk/helemaal eens met item 24.

Figuur III.1.6: Verdeling modus - Gedragsintentie

<i>Stellingen</i>	<i>Modus voormeting</i>	<i>Aantal participanten</i>	<i>Modus nameting</i>	<i>Aantal participanten</i>
Gedragsintentie item 20 <i>Aansluiting Vinden</i>	3	5	3	4
Gedragsintentie item 21 <i>Leerdoelen Onderhouden</i>	4	5	4	5
Gedragsintentie item 22 <i>Meerduidigheid</i>	2	3	2	4
Gedragsintentie item 23 <i>Maatwerk</i>	4	5	4	6
Gedragsintentie item 24 <i>Verliezen Aansluiting</i>	4	4	3	4

Notitie: In de tabel worden de modus en de aantallen participanten respectievelijk gegeven van zowel de voormeting als de nameting.

Na de deelconstructen van **Attitude** werden ook de **Sociale Norm** en de **Eigen Effectiviteit** bevraagd bij de participanten. Dit werd gedaan aan de hand van drie stellingen binnen de items 25, 26 en 27* voor de verwachtingen en kennis met betrekking tot de Sociale Norm. De stellingen binnen de items 28 en 29 hadden betrekking tot de kennis en verwachtingen omtrent de Eigen Effectiviteit. Met de eerste stelling die betrekking had tot de **Sociale Norm (item 25)**: “Ik weet wat de verschillende betrokkenen (cliënten, familie, wijkteams, collega’s intra/extramuraal) van ons team verwachten, als team gaan wij daar strategisch mee om.”, waren er vijf participanten (71,4%) het oneens (m=2) met de stelling. Met de tweede stelling (**item 26**): “Ik weet wat mogelijkheden zijn bij het trainen om als team een effectieve samenwerking te bewerkstelligen, waarmee de cliënt met hulp van het gehele team een trainingstraject kan doorgaan.” waren er vier (57,1%) participanten het oneens (m=1) en drie (42,9%) waren het ermee eens. Alle zeven de participanten (100%) waren het eens (m=1) met de laatste stelling die betrekking had tot het construct Sociale Norm (**item 27***): “In dit team begeleiden wij de cliënten met hun doelen en wensen, zoals de cliënten dat zelf willen.”.

De verdeling van de modus in tabel 4.7 maakt zichtbaar dat er met de nameting een verschil is opgetreden in de tweede van de stellingen die betrekking hadden tot de **Sociale Norm**. Dit construct werd onderzocht met de *items 25, 26 en 27*. De meeste van de participanten waren het met de effectmeting meer eens (57,1%) dan oneens in de voormeting (71,4%) Verder waren de meeste participanten het eens met de stelling van item 26 tijdens de nameting (m=2; 85,7%) in plaats van oneens (m=1; 57,1%) tijdens de voormeting. De modus voor item 27* is echter onveranderd gebleven (m=1).

Tabel III.1.7: Verdeling modus - Sociale Norm

<i>Stellingen</i>	<i>Modus voormeting</i>	<i>Aantal participanten</i>	<i>Modus nameting</i>	<i>Aantal participanten</i>
Sociale Norm item 25 <i>Verwachtingen</i>	1	5	2	4
Sociale Norm item 26 <i>Effectieve Samenwerking</i>	1	4	2	6
Sociale Norm item 27 <i>Doelen en Wensen</i>	1	7	1	7

Notitie: In de tabel worden de modus en de aantallen participanten respectievelijk gegeven van zowel de voormeting als de nameting.

Voor wat betreft de eerste stelling die betrekking had tot de eigen effectiviteit **Eigen Effectiviteit (item 28)**: “Ik voel me bekwaam om als trainer met de cliënten uit mijn doelgroep een training op doelgerichte wijze op te stellen, te onderhouden en af te ronden.”, waren alle zeven de participanten (100%) het ermee eens (m=2). Zes participanten (85,7%) waren het tenslotte eens (m=2) met de laatste stelling (**item 29**): “Ik voel me bekwaam om onderscheid te maken tussen begeleiden uit zorgperspectief en begeleiden uit ontwikkelingsperspectief.”.

In tabel 4.8 hierna, is te zien dat de verdeling van de modus onveranderd is gebleven na de interventie. De meeste participanten waren het eens (m=2) op beide stellingen die de Eigen Effectiviteit onderzochten (item 28 met 85.6%; en item 29 met 100%).

Tabel III.1.8: Verdeling modus – items 28 & 29, Eigen Effectiviteit

<i>Stellingen</i>	<i>Modus voormeting</i>	<i>Aantal participanten</i>	<i>Modus nameting</i>	<i>Aantal participanten</i>
<i>Eigen Effectiviteit item 28</i> <i>Trainen</i>	2	7	2	6
<i>Eigen Effectiviteit item 29</i> <i>Ontwikkelingsperspectief</i>	2	6	2	7

Notitie: In de tabel worden de modus en de aantallen participanten respectievelijk gegeven van zowel de voormeting als de nameting.

Het laatste item (item 30) ging over negen middelen en methoden die de participanten menen te gebruiken. Zij kregen de optie om zo veel als alle antwoorden aan te vinken. Het resultaat daarvan is een inventarisatie (weergegeven in tabel 4.9) van het gemeende **Feitelijke Gedrag** omtrent de middelen en methoden van het trainen, welke de participanten hebben gekozen. De mogelijkheden omvatten de antwoorden op de volgende vraagstelling: “Om een goede training te bewerkstelligen voor mijn cliënt, maak ik gebruik van de volgende middelen of manieren:”. Hiervoor hebben alle zeven de participanten (100%) de eerste optie gekozen (**G1**): “Ik overleg met de cliënt wat diegene wilt bereiken op een gebied van zelfredzaamheid.”. Vijf van de zeven participanten (85,7%) hebben de tweede optie gekozen (**G2**): “Ik gebruik een inventarisatielijst om eigenschappen van de vaardigheden in kaart te brengen.”. Alle zeven de participanten hebben de derde optie gekozen (**G3**): “Ik bedenk samen met de cliënt hulpmiddelen die bijdragen aan het ontwikkelen van de vaardigheid.”. Drie participanten (42,9%) hebben de vierde optie gekozen (**G4***): “Als de cliënt een traject start, dan werken we alleen aan datgene wat de cliënt graag wil.”. Opnieuw hebben alle zeven de participanten (100%) de vijfde optie gekozen (**G5**): “Ik zoek hulp van collega's als ik vastloop gedurende het traject.”. Voor de zesde optie hebben zes participanten (85,7%) gekozen (**G6**): “Ik gebruik mijn eigen competenties (vaardigheden & begeleidingstechnieken) om de cliënt te steunen tijdens het ontwikkelingstraject.”. Verder hebben er vijf participanten (71,4%) de zevende mogelijkheid (**G7**) gekozen: “Ik zorg ervoor dat de training van structuur is voorzien.”. Drie van de zeven participanten (42,9%) meenden gebruik te maken van de achtste optie (**G8**): “Ik maak een gestructureerde aanpak dat in een trainings-begeleidingsplan komt te staan, wat het ook inzichtelijk en uitvoerbaar maakt voor mijn collega's.”. Met de laatste optie (**G9**) was slechts één participant (14,3%) het eens: “Ik maak gebruik van een protocol dat voor elk traject ingezet kan worden.”

In tabel 4.9 komen de eerste verschillen tussen de voor-en nameting pas naar voren vanaf de zesde (G6) antwoordmogelijkheid. In de nameting werd er één keer meer gekozen voor deze optie (100% t.o.v. 85,7%): “Ik gebruik mijn eigen competenties (vaardigheden & begeleidingstechnieken) om de cliënt te steunen tijdens het ontwikkelingstraject.”. Voor de zevende optie (G7) hebben alle zeven (100%) de participanten gekozen in de nameting t.o.v. vijf participanten in de voormeting. Ook voor de achtste optie (G8) hebben twee extra participanten gekozen (71,4% t.o.v. 42,9%). Tot slot hebben twee participanten voor de laatste optie gekozen (G9; 28,6%)

Tabel III.1.9: Verdeling frequenties stellingen- item 30, Feitelijk Gedrag

<i>Stellingen</i>	<i>Aantal participanten Voormeting</i>	<i>Aantal participanten Nameting</i>	<i>Vershil in aantal participanten</i>
G1 - Overleg met cliënt	7	7	0
G2 - Inventarisatielijst	5	5	0
G3 - Samen hulpmiddelen	7	7	0
G4 - Wat de cliënt wil	3	3	0
G5 - Hulp van collega's	7	7	0
G6 - Eigen competenties	6	7	1
G7 - Zorgen voor structuur	5	7	2
G8 - Inzichtelijke structuur	3	5	2
G9 - Consistent Protocol	1	3	2
<i>Stellingen</i>	<i>Aantal participanten Voormeting</i>	<i>Aantal participanten Nameting</i>	<i>Vershil in aantal participanten</i>

Notitie: In de tabel worden respectievelijk de frequenties van de respons (het aantal participanten) van de voormeting en de nameting genoemd. Tevens wordt het verschil in de meest rechter kolom uitgedrukt in getallen. Feitelijk Gedrag is aangegeven met ‘G’, omdat de antwoordschaal niet overeenkwam met de andere items.

III.2 - Interactieve Oefening

Tabel III.2.1: Verdeling begrippen Verleden

<i>Begrippen</i>	<i>Aantal participanten</i>
<i>Chaos</i>	1
<i>Vanuit Doelen Gericht</i>	1
<i>Visie Over Trainen... ?!</i>	1
<i>Ieder Voor Zich</i>	1
<i>Veel Onduidelijkheid</i>	1

<i>Niet Doelgericht</i>	1
<i>Meer Samenwerken</i>	1
<i>Onduidelijkheid Rollen/Verwachtingen</i>	1
<i>Voor de Leeuwen Gegooit</i>	1
<i>Presentie</i>	1
<i>Zorgen</i>	1
<i>Niet Methodisch</i>	1
Begrippen	Aantal participanten

Tabel III.2.2: Verdeling begrippen Toekomst

Begrippen	Aantal participanten
<i>Methodisch</i>	4
<i>Eenduidigheid</i>	3
<i>Verwachtingen Betrokkenen</i>	2
<i>Samenwerking</i>	2
<i>Meetbaar</i>	1
<i>Kwalitatief</i>	1
<i>Duidelijkheid</i>	1
<i>Professioneel</i>	1
<i>Inzichtelijker Werken</i>	1
<i>Eenvoudiger Werken</i>	1
<i>Verwachtingen Team</i>	1
<i>Meer mogelijkheden</i>	1
Begrippen	Aantal participanten

Bijlage IV – Conclusies Aspecten

- Het vergroten van de kennis met betrekking tot de organisatie zal bijdragen aan de uitgangspunten waarmee wordt gehandeld. Als men verkeerde verwachtingen heeft van het beleid of de wijze waarop het beleid in de praktijk wordt uitgevoerd, kan dit resulteren in een meerduidig beeld op de werkvloer. Dit betekent dat verwachtingen van de medewerkers kunnen worden afgestemd op de wenselijke situatie, zodat de 'vermeende' kennis overeenkomt met hoe het beleid is opgesteld. Het wordt aanbevolen om bijvoorbeeld een handreiking te bieden omtrent kennis van het achterliggende beleid. Hierin kunnen de aspecten worden opgenomen die voor de medewerkers het meest van belang zijn om een eenduidige werkwijze te kunnen verschaffen. Dit kan worden gedaan in de vorm van regels of richtlijnen waar de medewerkers naar dienen te streven. Tevens draagt dit bij aan het kwaliteitstoezicht van de organisatie omdat de resultaten van de werkwijze dan vergeleken kunnen worden met de gewenste uitgangspunten die zijn opgenomen in de bereikbare versie van het beleid. Dit stukje beleid kan toegankelijk worden gemaakt door het kort en bondig te documenteren en erop terug te vallen wanneer men bijvoorbeeld een trainingstraject wil starten. Dit kan ook gelden voor het documenteren of vastleggen van de gestelde eisen en uitgangspunten richting de samenwerking met (externe) betrokkenen. Op die manier kunnen de medewerkers terugvallen op de documentatie, wanneer de verwachtingen tussen partijen dient te worden afgestemd.
- Door in kaart te brengen wat voldoening biedt aan de individuele medewerkers kan mogelijk bewustwording van het ervaren werkplezier optreden. Wanneer de doelen van het team en ook van de cliënten worden nagestreefd, zijn het team en de cliënten bezig met het naleven van het beleid. Dit zorgt voor alle betrokkenen voor voldoening, omdat het team op die manier bezig is met waar het bezig mee moet zijn: Trainen. Tevens wordt op persoonsgerichte én ontwikkelingsgerichte wijze gewerkt aan de zelfredzaamheid van de cliënten.
- Kortertermijndoelen in de vorm van het werken aan aspecten van deelvaardigheden omtrent een activiteit uit het ADL, kunnen bijdragen aan het behalen van successen. Hiermee kan de motivatie worden gestimuleerd. Deze kortertermijndoelen kunnen middels maatwerk worden opgesteld en onderhouden.
- Voor wat betreft de gedragsintentie wordt aanbevolen om (in het kader van trainen) aansluiting te vinden met cliënten door een vooraf-bepaalde-mate van sturing en zelfsturing (van cliënt). Aansluiting op de behoeften van de cliënt kan worden gevonden door instructies en het begeleiden uit het ontwikkelingsgerichte perspectief. Daarbij dient er adequaat opgetreden te worden door begeleiding middels het bewaken van het ontwikkelingsproces (of trainingstraject), door rapportages (documentatie) en door de casuïstiek levendig te houden in de vergaderingen.
- Voor wat betreft de sociale norm dient iedereen dezelfde begeleidingswijze toe te passen, bijvoorbeeld door gebruik te maken van een protocol of door een traject te starten op basis van vooraf gestelde richtlijnen. Hierdoor kan tevens worden vermeden dat verwarring ontstaat bij cliënt, omdat iedere begeleider idealiter terug kan vallen op dezelfde achterliggende structuur.
- De medewerkers voelen zich allen bekwaam om een trainingstraject van begin af aan op te starten, te onderhouden en uit te voeren. Wanneer men zich bewust is van deze Eigen Effectiviteit kan men

doeltreffend passende begeleiding bieden. Waar nodig is men in staat om hulp te vragen bij collega's.

- Maak gebruik van de huidige middelen en methoden om tot een goede training te komen en maak daarbij gebruik van meer structuur, een plan van aanpak, een gedocumenteerde vorm van een trainingsplan. Giet dit in de vorm van een mal of sjabloon, zodat de structuur slechts één keer hoeft te worden opgezet. Daarna is het gebruiksklaar voor andere trajecten (van collega's).

Bijlages V – Actieplan

Stap 1: Sleutelpersonen - Contactpersoon en regiebegeleiders (Concept)

Bevorderen van het eigenhandig schrijven van een Plan van Aanpak voor eenduidig trainen. Voor steun en draagvlak.

Stap 2: Uitreiking - Resultaten aan medewerkers (Beginnel)

Het terugkoppelen van concrete veranderingen op basis van aanbevelingen, als resultaat van het onderzoek. Middels een bijeenkomst en het versturen van info e-mail naar de regiebegeleiders.

Stap 3A: Contactpersonen - Ambassadeurs aanstellen (Pilot)

Het aanstellen van (aantal gemotiveerde) medewerkers om probleem van meerduidigheid aan te pakken in team Blauw, op basis van onderzoeksbevindingen. (*Vergaderen!*)

Stap 3B: Creëer draagvlak - Kick Off! (Creatie)

Ambassadeur kan draagvlak vergroten door een presentatie hierover te geven, of in de vorm van een kick-off (vanaf nu gaan we het zo doen!). Informeer de medewerkers over het project en biedt direct een mogelijkheid om samen de eerste stappen te zetten in aanloop van het project. De medewerkers voelen zich daardoor medeverantwoordelijk voor de beslissingen en het eindresultaat. (*Vergaderen!*)

Stap 3C: Eenduidigheid - Regelen voorwaarden en afspraken (Systematisering)

Op basis van alle informatie zo eenvoudig mogelijk de nieuwe manier snel te implementeren in het dagelijks werk. Zorg daarom dat de voorwaarden en hulpmiddelen zijn geregeld. (*Vergaderen!*)

- > Bedenk een protocol en logboek en pas het toe/ Integreer nieuwe werkzaamheden
- > Bedenk welke betrokkenen welke belangen hebben
- > Bedenk in hoeverre er gerapporteerd dient te worden

Stap 4: Systematiseren - Profileren en concretiseren (Integratie)

Gevoel noodzaak bevorderen door een consequent beleid te hanteren m.b.t. het naleven van standaarden en systemen. Vastleggen relevante documenten. Profileren naar betrokkenen.

Stap 5: Standaardiseren - Uitvoeren en communiceren (Controle)

Introduceer systeem aan nieuwe/tijdelijke collega's, wees direct duidelijk over afspraken. Leg verwachtingen vast. Herhaal dit proces teambreed en met betrokkenen.

Introduceer systeem aan cliënten, wees direct duidelijk over afspraken. Leg verwachtingen vast (stem af). Herhaal dit proces teambreed.

Stap 6: Evalueren - Vervolgonderzoek (Monitor)

Na verloop van tijd (bijv. 6 mnd.) kan er een vervolgonderzoek worden opgesteld. Hiermee kan opnieuw onderzoek worden gedaan om zichtbaar te maken of de implementatie het beoogde effect heeft gehad. Hiervoor kan mogelijk opnieuw een Toegepaste Psycholoog voor worden ingeschakeld.

Bijlage VI - Eigen werkverklaring

Ondergetekende: (Naam student)

Jos Folkers

Verklaart ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en daarom geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander,
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding,
- 3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit 'werk van anderen' bevat.
- 4) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Safe Assign (Blackboard).

Plaats: Apeldoorn

Datum: 07-01-2019

Handtekening:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jos Folkers', is written over a faint, circular official stamp. The signature is fluid and stylized, with a long horizontal stroke extending to the right.

N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werkverklaring' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in Art. 19 OER.