

SAMEN *ANDERS DENKEN* HETZELFDE DOEN

Een praktijkgericht onderzoek
naar de invulling van huisbezoeken
bij de vroegbehandeling
van het Dr. Leo Kannerhuis



Laura Bruins
Vibeke Versluis

Hogeschool  van Arnhem en Nijmegen

 centrum voor autisme
dr. leo kannerhuis

youz^{PG}

Colofon

Samen verschillend denken, samen hetzelfde doen

Een praktijkgericht onderzoek naar de invulling van huisbezoeken bij de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis

Auteurs: Laura Bruins (528519) & Vibeke Versluis (560269)

Dit onderzoek is verricht in opdracht van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen ten behoeve van het vak Onderzoek en Innoveren, jaar 4.

Onderwijs instelling: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, te Nijmegen

Afstudeerorganisatie: Dr. Leo Kannerhuis, te Arnhem

Opdrachtgever: Anne marie Danklof, sociotherapeut B

Begeleider: Eric Siebenheller

Beoordelaar: Jessica Spikker

(Juni 2019)

Omslag

(Dr. Leo Kannerhuis, 2017)

(Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2019)

(Youz, z.d.)

(ProgressToGo, 2016)

Aantal woorden: 13.493

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport 'Samen verschillend denken, samen hetzelfde doen'. Dit onderzoeksrapport is geschreven in het kader van afstuderen van de opleiding Pedagogiek aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

In februari 2019 zijn wij gestart met ons afstudeeronderzoek bij het Dr. Leo Kannerhuis in Arnhem. Wij zijn direct betrokken geweest bij het team en hebben ons meer dan welkom gevoeld. Alle sociotherapeuten waren bereid om mee te werken en gaven hun input; dit resulteerde in een prettige samenwerking.

De samenwerking is positief verlopen. Ondanks dat wij elkaar nog niet zo goed kenden, zaten we al snel op een lijn. Tijdens het onderzoek hebben we gewerkt op de locatie zelf, waarbij we meestal pauze namen wanneer de kinderen buiten speelden. Het geren, geschommel en spelen van de kinderen om ons heen zorgden voor luchtige momenten tussen stress en werk. We hebben hard gewerkt en we hebben een onderzoek neergezet waarop we allebei erg trots zijn.

We willen een aantal mensen met name noemen die ons geholpen hebben dit onderzoek tot stand te brengen. Ten eerste willen we Anne marie Danklof, onze opdrachtgever en begeleidster, bedanken. Zij toonde steeds interesse in de vorderingen van ons onderzoek en was erg betrokken bij de ontwikkelingen. Wij konden altijd bij Anne marie terecht voor vragen, zo dacht ze met ons mee en gaf zij ons nieuwe inzichten en tips waarmee we vooruit konden. Verder willen we Eric Siebenheller bedanken voor zijn terechte en kritische kijk op het onderzoek. Hij gaf ons feedback, andere invalshoeken en inzichten en tilde mede door zijn kennis en ervaring ons onderzoek naar een hoger niveau. Daarnaast hebben we ook van diverse mensen in onze directe omgeving hulp en feedback ontvangen, waarvoor eveneens onze hartelijke dank.

'Last, but not least' willen we uiteraard alle sociotherapeuten en stagiaires van de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis bedanken voor hun bijdrage, inzet en fijne samenwerking.

Veel leesplezier!

Laura Bruins & Vibeke Versluis

Inhoud

Voorwoord.....	3
Samenvatting	7
1. Inleiding.....	9
1.1 Aanleiding van het praktijkonderzoek.....	9
1.2 Context van de praktijkorganisatie	11
1.3 Leeswijzer.....	12
2. Probleemanalyse.....	13
2.1 Praktijkanalyse.....	13
2.1.1 Doelgroep.....	13
2.1.2 Signalen vanuit de praktijk.....	13
2.1.3 Zorgzwaarte	17
2.1.4 Eenduidigheid in andere organisaties	19
2.2 Literatuuranalyse	20
2.2.1 Nieuwe Jeugdwet in Arnhem	20
2.2.2 Systeembenadering.....	20
2.2.3 Effectief huisbezoek	22
2.2.4 Pivotal Response Training.....	23
2.3 Conclusie probleemanalyse	24
2.4 Probleemstelling	25
2.4.1 Doelstelling.....	26
2.4.2 Onderzoeksvraag	26
2.4.3 Deelvragen	26
2.4.4 Definitie van begrippen	26
3. Methode van onderzoek	27
3.1 Onderzoeksbenadering.....	27
3.2 Participanten.....	27

3.3 Procedure van onderzoek	28
3.3.1 Deelvraag 1	28
3.3.2 Deelvraag 2	29
3.3.3 Deelvraag 3	30
3.4 Meetinstrumenten	30
3.4.1 Brainstormsessie	30
3.4.2 Vragenlijst	31
3.4.3 Enquête	31
3.5 Data-analyse	32
3.6 Betrouwbaarheid en validiteit	32
4. Resultaten	34
4.1 Leeswijzer	34
4.2 Deelvraag 1	34
4.2.1 Brainstormsessie	34
4.2.2 Vragenlijst ouders	35
4.3 Deelvraag 2	35
4.3.1 Groepsdiscussie	35
4.3.2 Intern onderzoek	35
4.4 Deelvraag 3	37
4.4.1 Tevredenheidsonderzoek ouders	37
4.4.2 Groepsdiscussie	37
4.4.3 Enquête sociotherapeuten	38
4.5 Overige resultaten	38
Informeel gesprekken	38
5. Conclusie, discussie & evaluatie	39
5.1 Conclusie & discussie	39
5.2 Evaluatie	43
5.3 Aanbevelingen	45
6. Literatuur	46

7. Bijlagen	49
Bijlage I: Afkortingen uitgewerkt	49
Bijlage II: Passend onderwijs stroomdiagram	50
Bijlage III: Opzet Brainstormsessie	51
Bijlage IV: Vragenlijst opzet	52
Bijlage V: Enquête sociotherapeuten opzet.....	54

Samenvatting

Het Dr. Leo Kannerhuis is een psychiatrisch ziekenhuis en Top GGZ-instelling gericht op mensen met autisme. Het helpt, samen met anderen en bij voorkeur in de directe leefomgeving, mensen met autisme verder met een gevarieerde en gespecialiseerde (behandel-) methodiek (Dr. Leo Kannerhuis, 2019). Het onderzoek is uitgevoerd op de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis te Arnhem.

Systeembenadering is al jaren een belangrijk thema in de zorg. Ook de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis richt zich zo veel mogelijk op het gehele systeem.

Deze vroegbehandeling is vijf jaar geleden opgezet. Echter, het gebrek aan beleid over de invulling van de thuisbehandeling zorgde voor onduidelijkheden, hetgeen resulteerde in weinig eenduidigheid onder de sociotherapeuten.

Om een duidelijker beeld te krijgen van de huidige situatie is een probleemanalyse uitgevoerd door het probleem in de praktijk in combinatie met literatuurstudie te onderzoeken. Hieruit zijn de hoofdvraag en deelvragen ontstaan.

Door middel van kwalitatief en kwantitatief onderzoek is onderzocht waaraan sociotherapeuten behoefte hebben om tijdens de thuisbehandelingen meer eenduidigheid te creëren en deze zo effectief en efficiënt mogelijk te maken. De bijbehorende deelvragen richten zich op de thema's die spelen tijdens thuisbehandelingen, kaders waarbinnen gewerkt moet worden en de behoeftes van de sociotherapeuten. Er zijn groepsdiscussies gehouden en enquêtes per mail gestuurd naar de verschillende sociotherapeuten. Daarnaast zijn beleidsdocumenten geanalyseerd. Ten slotte zijn ouders van de kinderen per mail benaderd met een digitale vragenlijst.

Uit de resultaten blijkt dat de kaders waarbinnen de sociotherapeuten hulp kunnen bieden tijdens een huisbezoek voor hen helder zijn. Vragen rondom opvoedkundige thema's die directe betrekking hebben op de patiënten behoren binnen de kaders, vragen die niet te maken hebben met de opvoeding van de patiënt behoren tot het takenpakket van andere professionals zoals een maatschappelijk werker of een gedragswetenschapper. Er blijkt echter behoefte aan houvast rondom bovenstaande kaders, hetgeen het gevoel van onduidelijkheid zal verkleinen. Verder blijkt dat niet voor alle ouders duidelijk is aan welke doelen tijdens de thuisbehandelingen gewerkt gaat worden en zien niet alle ouders de meerwaarde van thuisbehandelingen. Er wordt volgens ouders wel gewerkt aan de doelen die zij zelf belangrijk vinden en zij voelen zich gehoord door de sociotherapeut.

Geconcludeerd kan worden dat de behoefte voor houvast, in de vorm van een product waar op teruggegrepen kan worden, een grote rol speelt in het vergroten van de eenduidigheid

tijdens de thuisbehandelingen. Dit zal het gevoel van onduidelijkheid en onzekerheid bij de sociotherapeuten verkleinen, waardoor wellicht ook voor ouders meer duidelijkheid en een gevoel van meerwaarde gecreëerd wordt.

Een opmerking hierbij is dat er in dit onderzoek voornamelijk vanuit het perspectief van de sociotherapeuten is onderzocht op welke manier er meer structuur geboden kan worden, waarbij er weinig inhoudelijk is gekeken op welke manier de meerwaarde van de thuisbehandeling voor ouders vergroot zou kunnen worden. Een vervolgonderzoek zou zich hierop kunnen richten.

1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de aanleiding en de context van het onderzoek beschreven. Er wordt een introductie gegeven met betrekking tot de globale vraag van de opdrachtgever.

1.1 Aanleiding van het praktijkonderzoek

Het Dr. Leo Kannerhuis is een psychiatrisch ziekenhuis en Top GGZ-instelling gericht op mensen met autisme. Het helpt, samen met anderen en bij voorkeur in de directe leefomgeving, mensen met autisme verder met een gevarieerde en gespecialiseerde (behandel-) methodiek (Dr. Leo Kannerhuis, 2019). Het aanbod is geheel afgestemd op de specifieke behoeften en wensen, op die momenten dat daar behoefte aan is. De directe omgeving zoals gezin, school en werk wordt actief betrokken en ondersteund zodat de patiënt weer verder kan in zijn ontwikkeling.

“De missie van het Dr. Leo Kannerhuis is het ontwikkelen, aanbieden en overdragen van optimale, specialistische behandeling van mensen met ASS. Het aanbod richt zich niet alleen op de patiënt met ASS, maar ook op de ondersteuning en begeleiding van zijn directe omgeving (ouders, gezin, school, werk, wonen en vrije tijd). De opgedane kennis en ervaring worden met inzet van duurzame, evidence based en effectieve diagnostiek en behandeling omgezet in een passend individueel hulpaanbod-” (Reiss, z.d.)

Onderstaande begrippen staan centraal bij het Leo Kannerhuis (Reiss, z.d.).

Patiënt centraal: De patiënt is het uitgangspunt van de behandeling en staat centraal in het proces. Het doel van de behandeling is het opheffen van stagnatie en het op gang brengen van de ontwikkeling. Hierbij wordt gekeken naar zelfredzaamheid, communicatieve en sociale vaardigheden.

Zelfstandigheid en ontplooiing: Door middel van individuele- en groepsbehandeling worden een zo groot mogelijke zelfstandigheid en zelfontplooiing gerealiseerd. Deze zelfstandigheid is per patiënt verschillend.

In alle levensfasen: Autisme is een pervasieve stoornis, dat wil zeggen dat deze stoornis in elke levensfase weer tot uiting komt. Mensen met autisme hebben dan ook gedurende hun leven een vorm van ondersteuning nodig. Het Dr. Leo Kannerhuis werkt samen met verschillende zorgaanbieders om zorgaanbod te kunnen bieden op momenten dat hier behoefte aan is.

Behandeling binnen bereik: Leo Kannerhuis Nederland biedt in directe samenwerking met andere zorgaanbieders in verschillende delen van het land gespecialiseerde autismebehandeling en -begeleiding (Reiss, z.d.).

Bij de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis in Arnhem zijn de patiënten tussen de 2,5 en 6 jaar oud. De vroegbehandeling is opgedeeld in de TIP¹ en de TOP². De TIP richt zich op patiënten in de leeftijd van 2,5 en 4 jaar, waar de TOP zich richt op patiënten in de leeftijd van 4 en 6 jaar. Bij alle patiënten van het Dr. Leo Kannerhuis staat de indicatie van ASS³ voorop. De patiënten op de vroegbehandeling stagneren in hun ontwikkeling en kunnen niet meer / nog niet deelnemen aan het onderwijs. Het doel van de vroegbehandeling is om patiënten zo te trainen dat hun ontwikkeling weer op gang komt, zij weer deel kunnen nemen aan het onderwijs en er voor hen een passende plek wordt gevonden. Hierbij valt te denken aan een school voor speciaal onderwijs of een cluster 3- of 4-school.

Om de ontwikkeling weer op gang te krijgen wordt er gewerkt aan het stimuleren van de zelfredzaamheid, sociale vaardigheden, spel, aandacht en communicatie bij de patiënten (Dr. Leo Kannerhuis, 2017). Deze doelen worden behaald door middel van ABA en PRT training. ABA staat voor Applied Behavioural Analysis en is een variant op de operante leertheorie van Skinner. In de theorie van Skinner wordt gewenst gedrag beloond en ongewenst gedrag bestraft. Echter, bij ABA wordt voornamelijk beloond en niet tot nauwelijks bestraft (Dorsey & Waldvogel, 2019). PRT training staat voor Pivotal Response Treatment; hierbij worden kernvaardigheden, zoals zelfmanagement leren en initiatief nemen in contact naar de ander, aangeleerd door middel van de motivatie van de patiënt te stimuleren (Koegel & Kern Koegel, 2012). De PRT-training wordt gedurende de dag aan de patiënten in het klaslokaal, maar ook in individuele vorm aangeboden. Ook de ouders kunnen PRT-training krijgen, wat plaatsvindt tijdens in te plannen huisbezoeken (Opzetten TIP behandeling, 2015).

Tijdens de vroegbehandeling ziet de patiënt voornamelijk de sociotherapeut en de docent. Eventueel kan de patiënt ook worden gezien door een logopedist. Verder zijn er achter de schermen een maatschappelijk werker en gedragswetenschapper werkzaam die zich om de patiënt bekommeren. De psychiater is eindverantwoordelijk met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Behandeling gebeurt niet alleen op de groep, maar wordt ook tijdens huisbezoeken voortgezet. Deze huisbezoeken vinden eens per drie weken plaats. De sociotherapeut van de groep komt in het gezin om ouders te ondersteunen, opvoedtips te geven en PRT-training te integreren in de thuissituatie. Wanneer nodig kan een PGA'er⁴ in het

¹ Therapeutische interventie peuters

² Training onderwijs programma

³ Autisme Spectrum Stoornis

⁴ Psychiatrische gezinsbegeleiding autisme

systeem begeleiden/ondersteunen (persoonlijke mededeling, 2019). Binnen de vroegbehandeling zijn er meerdere signalen waargenomen waarbij sociotherapeuten aangeven dat er te weinig structuur is in de huisbezoeken en dat er geen duidelijke behandellijn is waaraan zij zich dienen te houden. Doordat er geen duidelijke lijn is ontstaan er significante verschillen binnen de behandeling, tijdens huisbezoeken en tussen de sociotherapeuten onderling. De opdrachtgever heeft gevraagd naar een onderzoek omtrent structuur, duidelijkheid en houvast rondom huisbezoeken. De opdrachtgever vraagt om dit onderzoek te richten op de huisbezoeken tijdens de observatieperiode, omdat zij zelf onderzoek gaat doen naar de invulling van huisbezoeken tijdens de behandel- en afrondingsperiode.

1.2 Context van de praktijkorganisatie

De TOP is zes jaar geleden opgezet door B. Huskens en A. de Witt. Huskens was op dat moment een gedragswetenschapper en onderzoeker van het Dr. Leo Kannerhuis, A. de Witt is leerkracht van SO de Brouwerij, een scholengemeenschap die een samenwerkingsverband heeft met het Dr. Leo Kannerhuis (Persoonlijke mededeling, 4 maart 2019). Er was vraag naar gespecialiseerde vroegbehandeling vanuit zowel de Brouwerij als het Dr. Leo Kannerhuis. PRT (uitleg in hoofdstuk 2.2.4) werd direct vanaf het begin meegenomen in de ontwikkeling van de TOP; dit was gekoppeld aan een onderzoek dat gedragswetenschapper R. Verschuur deed bij het onderzoeksteam van het Dr. Leo Kannerhuis. Omdat de gehele vroegbehandeling was gekoppeld aan een onderzoek, waren er strikte afspraken gemaakt en richtlijnen opgesteld. Zo waren de eerste drie maanden van de behandeling puur ter observatie, hier mocht ook nog geen PRT ingezet worden. Wel werd tijdens de observatieperiode de ESDM (zie hoofdstuk 2.1.3) ingevuld, werd er aan de relatie tussen patiënt, behandelaar en systeem gewerkt en werd een eerste huisbezoek gepland. Tijdens het huisbezoek werd er volgens de ESDM-checklist geobserveerd en werd 20 minuten spel tussen ouder en kind gefilmd (Draaiboek TOP-behandelingproject versie 1, 2013). Na de eerste drie maanden volgden zes maanden behandeling waarin PRT werd toegepast op zowel de groep, thuis als met ouders tijdens PRT-cursussen. De laatste drie maanden van de behandeling was de afrondende fase.

De TOP was in eerste instantie opgezet om zich te richten op kinderen in de leeftijd van 3 tot 6 jaar, maar omdat kinderen onder de 4 jaar niet ingeschreven konden worden bij SO de Brouwerij vormde dat een probleem bij de aanmelding van nieuwe patiënten. Toen duidelijk werd dat er grote vraag was naar gespecialiseerde behandeling voor kinderen, peuters, tussen de 2,5 en 4 jaar (en dus buiten de leerplicht), is de TIP opgericht. De TIP kreeg dezelfde insteek en opzet als de TOP, bij de TIP werd echter geen onderwijs

toegevoegd. De behandeling, PRT en huisbezoeken zijn bij de TIP daardoor op dezelfde manier ingedeeld als bij de TOP. Doordat de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis steeds meer naamsbekendheid kreeg, werden de wachttijden langer. Om deze te verkorten is de VIKing⁵ opgericht, die zou functioneren als een in- en uitstroom groep van de TOP. Na negen maanden echter werd ondervonden dat een tweede TOP beter zou zijn voor de patiënten, zodat zij op een zelfde wijze behandeling krijgen in een parallelle groep en dus niet halverwege hoeven te veranderen van sociotherapeuten en leerkrachten. Zo staat de VIKing per 1 september 2018 benoemd als TOP2 (Persoonlijke mededeling, 4 maart 2019).

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk twee is een analyse van het probleem te vinden. Eerst is gekeken naar het probleem in de praktijk, daarna is dit uiteengezet en onderbouwd vanuit de literatuur. Hieruit volgt de vraagstelling met hoofd- en deelvragen. In hoofdstuk drie wordt de methode van het onderzoek beschreven. Per deelvraag wordt uitgeschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd en welke participanten zijn betrokken. In hoofdstuk vier worden de resultaten van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk vijf wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag, door middel van een conclusie. Ook wordt in dit hoofdstuk de discussie meegenomen en worden er aanbevelingen en suggesties gedaan voor de organisatie. In het verslag wordt gebruik gemaakt van verschillende afkortingen. De definities zijn te vinden in bijlage I.

⁵ Vroegtijdige Interventie Kleuters

2. Probleemanalyse

In dit hoofdstuk wordt een analyse van het probleem in de praktijk en literatuur gemaakt. De probleemstelling is beschreven aan de hand van de probleemanalyse. Zo wordt de vraag zoals die omschreven is in hoofdstuk 1 omgezet in een definitieve vraagstelling.

2.1 Praktijkanalyse

Voor de praktijkanalyse zijn diverse werknemers geïnterviewd. De geïnterviewden zijn onder andere sociotherapeuten en stagiaires. De uitkomsten van deze interviews zijn verwerkt in de analyse.

2.1.1 Doelgroep

Het onderzoek is gericht op de vroegbehandeling voor kinderen met autisme in de leeftijd van 2,5 tot 6 jaar. De kinderen zijn drie dagen per week op de groep en krijgen daarnaast een keer per drie weken thuisbehandeling door de sociotherapeut. De opdrachtgever, sociotherapeut bij Leo Kannerhuis, geeft aan dat de sociotherapeuten behoefte hebben aan meer structuur en houvast tijdens huisbezoeken. Doordat zij slechts beperkt tijd hebben voor de thuisbehandelingen is het belangrijk dat dit effectief gebeurt. Rond 23 oktober 2018 is de vraag omtrent deze structuur ontstaan. In september 2018 is er een werkgroep opgericht rondom de overeenkomstige invulling van de huisbezoeken bij de TOP behandeling. De sociotherapeuten overleggen wel onderling hoe ze bepaalde zaken aanpakken of hoe ze dingen beter kunnen doen, maar hebben hier vervolgens geen terugkoppeling over (persoonlijke mededeling, 26 februari 2019). De vraag vanuit de praktijk is hoe er meer structuur en eenduidigheid gecreëerd kan worden tijdens de thuisbehandeling. Deze vraag heeft daarom effect op het behandelplan. De doelen worden aan de hand van persoonlijke observaties en vragen van ouders opgesteld en zijn niet concreet gericht op verdieping van thema's die zich thuis afspelen. Denk hierbij aan zelfverzorging, eten, slapen, zindelijkheid, aankleden etc.. Het Dr. Leo Kannerhuis wil de lijn tussen de groep en thuis zo kort mogelijk houden. Als de therapie thuis aansluit op de therapie op de groep en vice versa dan zal de behandeling meer effect hebben. In hoofdstuk 2.2.3 wordt het belang van het betrekken van het hele gezin aan de hand van de systeembenadering behandeld.

2.1.2 Signalen vanuit de praktijk

De vroegbehandeling is vijf jaar geleden gestart. Een onderdeel van deze behandeling zijn de huisbezoeken. Voor de behandeling tijdens de huisbezoeken (vanaf nu: "thuisbehandeling") is nog geen opzet of richtlijn opgesteld. De sociotherapeuten voeren de thuisbehandeling uit en behandelen daarnaast ook de patiënten op de groep.

Sociotherapeuten geven aan niet te weten hoe de huisbezoeken en de bijbehorende behandelingen geplaatst zijn, hoe ze ingevuld moeten worden en wat ze precies moeten doen. Er is geen eenduidigheid onderling, waardoor er onzekerheid heerst bij de therapeuten. Zij vragen zich af of ze de behandeling van de patiënten goed uitvoeren, om deze zo effectief mogelijk te laten verlopen. Ook geven zij aan dat zij taken van andere therapeuten, zoals PGA'ers of maatschappelijk werkers, uitvoeren. Hierdoor voelen zij een hogere werkdruk en komen zij nauwelijks toe aan eigen taken (persoonlijke mededeling, 26 februari 2019).

Daarnaast geven de sociotherapeuten aan dat ouders regelmatig niet het juiste doel van de behandeling voor ogen hebben. De huisbezoeken ontwaarden dan eerder in een gezinsgesprek in plaats van in een behandeling. Ouders komen vaak met eigen vragen en willen daar dan direct en adequaat antwoord op.

Aan de hand van de thuis- en groepsbehandeling wordt er door de gedragswetenschappers een behandelplan opgesteld voor de patiënten. Dit is gebaseerd op de uitkomsten van de observaties van zowel thuis als op de groep, maar wordt ook vaak gebaseerd op slechts de informatie die ouders geven. Zo worden er aan de hand van wat ouders zeggen doelen opgesteld door andere personen dan de sociotherapeuten, die de daadwerkelijke behandeling uitvoeren. Als gevolg daarvan gaan de sociotherapeuten aan de slag met een mogelijk niet passend doel (persoonlijke mededeling, 26 februari 2019). Doordat er mogelijk niet gewerkt wordt aan de wel passende doelen, lopen de patiënten een deel van de behandeling mis; zij krijgen niet de behandeling die zij wel zouden moeten krijgen. Dit kan er in resulteren dat de behandeling langer duurt dan gepland; de sociotherapeuten immers werken aan doelen die later in het proces pas helder worden. Een aantal sociotherapeuten geeft aan dat sommige van deze signalen al zichtbaar zijn vanaf het moment dat de vroegbehandeling is opgestart.

De sociotherapeuten zijn opgeleid tot of hebben ervaring met behandeling op de groep, maar buiten de groep is het onduidelijk hoe zij de behandeling moeten vormgeven. Doordat er geen duidelijke structuur van de inhoud rondom huisbezoeken is, is het voor de sociotherapeuten onduidelijk hoe zij kunnen onderzoeken wat er aan de hand is in een thuissituatie. De huisbezoeken geven daardoor een hoge werkdruk. Ook vragen zij zich af hoe zij ervoor kunnen zorgen dat ze als sociotherapeuten meer op één lijn kunnen komen voor wat betreft huisbezoeken. Het blijkt dat er geen goede afstemming is rondom de invulling van de thuisbehandeling, waardoor de behandeling minder effectief is. Als de thuisbehandeling geen tot weinig zichtbaar effect heeft voor het gezin, heeft het gezin er weinig baat bij (Persoonlijke mededeling, 11 februari 2019).

Verder geven sociotherapeuten aan dat er veel verschil is tussen de drie groepen, omdat er geen vast kader is waarbinnen zij werken. Er ontstaan diverse werkwijzen, waardoor ouders verschillende verwachtingen krijgen omtrent de huisbezoeken. Doelen die opgesteld zijn door gedragswetenschappers, met input van ouders/verzorgers en sociotherapeuten, en vragen die ouders tussendoor stellen, zorgen voor veel verschillende thema's waaraan aandacht geschonken dient te worden tijdens de thuisbehandeling. Dit heeft als gevolg dat er aan het eind van de thuisbehandeling overal een beetje aan is gewerkt, maar eigenlijk niets concreet is opgelost, waarmee het doel van de thuisbehandeling niet is bereikt. Tevens zorgt de onduidelijkheid met betrekking tot de huisbezoeken voor verdeeldheid onder de collega's. Iedere collega richt het huisbezoek in naar eigen bestwil, waarbij de huisbezoeken tussen collega's enorm verschillen (Persoonlijke mededeling, 11 februari 2019). Dit heeft mogelijk effect op de kwaliteitszorg die het Dr. Leo Kannerhuis wil leveren. De kwaliteitszorg is de wijze waarop de kwaliteit van de behandeling wordt bepaald, bewaakt, geborgd, verbeterd en verantwoord (Encyclo, 2019).

Door de onduidelijkheid die heerst rondom de thuisbehandeling, wordt niet volledig voldaan aan de richtlijnen van de behandelopzet van de vroegbehandeling. Deze luidt dat zowel op de groep als in het systeem behandeling wordt gerealiseerd (Opzetten TIP behandeling, 2015). Een patiënt van de vroegbehandeling kan uitstromen wanneer zowel de gedragswetenschapper, psychiater als sociotherapeut van mening zijn dat het niveau van de patiënt aansluit bij leeftijdsgenoten met soortgelijke problematieken en de ernst van het gedrag zodanig is afgenomen dat dit het kind minder / niet meer belemmert in zijn ontwikkeling. Doordat er niet wordt voldaan aan de richtlijnen, kan het zijn dat de behandeling bij de TIP/TOP langer duurt dan gepland. Daardoor kunnen patiënten die op de wachtlijst staan pas later terecht bij de vroegbehandeling, wat er in kan resulteren dat hun problematieken zijn toegenomen voordat zij met behandeling kunnen starten. Dit zal tot gevolg hebben dat de behandeling langer duurt omdat er aan toegenomen problematiek gewerkt moet worden: er ontstaat een vicieuze cirkel.

Richtlijnen huisbezoeken

Per 1 januari 2013 is de 'wet huisbezoeken' ingegaan. Deze stelt dat een huisbezoek is bedoeld om de woon- en leefsituatie vast te stellen (Lanting, 2013). Volgens artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens geldt: "het uitvoeringsorgaan mag pas medewerking aan een huisbezoek verlangen, indien daarvoor een redelijke grond bestaat" (Lanting, 2013). Dit houdt in dat een huisbezoek ingezet mag worden wanneer dit een zichtbaar positief effect heeft op de behandeling. Door het gemis aan een vaste structuur binnen de thuisbehandeling lijkt er momenteel geen duidelijke meerwaarde te zijn die

huisbezoeken toevoegen aan de behandeling. Hierdoor wordt bovenstaand wetsartikel niet nageleefd.

Voor een huisbezoek zijn algemene richtlijnen opgesteld. Een aantal hiervan is: “van ieder huisbezoek moet een verslag worden gemaakt, een dienstverlenend huisbezoek wordt uitgevoerd door een daartoe bevoegde medewerker en de klant moet altijd toestemming geven voor het uitvoeren van een huisbezoek” (VNG, 2016). Bovenstaande richtlijnen worden bij de vroegbehandeling nageleefd; aan het begin van de behandeling wordt aan ouders toestemming gevraagd voor huisbezoeken, na ieder huisbezoek wordt gerapporteerd, de sociotherapeuten doen de huisbezoeken en zij zijn hiertoe bevoegd.

Op dit moment staat het volgende beleid rondom huisbezoeken binnen het Dr. Leo Kannerhuis vast (Opzet TOP project, 2013): Er worden gesprekken en vragenlijsten afgenomen bij ouders. Tijdens de observatieperiode wordt er gekeken naar de diagnose: is er sprake is van comorbiditeit, hoe functioneert het kind, waar valt het kind op uit, welke factoren zijn belemmerend of juist helpend in de ontwikkeling van het kind, wat is de draagkracht en gezinsbelasting binnen het gezin, wat motiveert het kind en zijn er andere factoren waarmee rekening gehouden moet worden? De sociotherapeut komt bij de ouders thuis om feedback te geven op de PRT die ouders toepassen tijdens een thuistraining. Ouders zullen thuis het kind blijven trainen (Opzet TOP project, 2013).

Dit beleid wordt echter steeds minder gehanteerd, waardoor er geen structuur is in zowel de observatieperiode als de behandelperiode. De sociotherapeuten willen een hulpmiddel om structuur te creëren tijdens de huisbezoeken om zo de effectiviteit van de behandeling te bevorderen.

Observatielijsten

Op dit moment wordt er gewerkt met twee observatielijsten. De huidige observatielijsten zijn voornamelijk de Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (hierna: VB-MAPP) en daarnaast de Early Start Denver Model (hierna: ESDM). De VB-MAPP is een criteriumgerelateerd beoordelingsinstrument, een curriculum handleiding en een volgsysteem voor vaardigheden dat is ontworpen voor kinderen met autisme en andere personen die taalvertragingen vertonen. De VB-MAPP is gebaseerd op B.F. Skinner's analyse van verbaal gedrag, vastgestelde ontwikkelingsmijlpalen en onderzoek op het gebied van gedragsanalyse (Sundberg, z.d.) De ESDM is een checklist gebaseerd op de ESDM-gedragstherapie voor kinderen met autisme in de leeftijd van 12 tot 48 maanden (Rogers & Dawson, 2010). De ESDM-gedragstherapie is gebaseerd op de methode van ABA. De ESDM-checklist richt zich op verschillende vaardigheden voor kinderen met autisme zoals; receptieve communicatie, expressieve communicatie, sociale vaardigheden, cognitie, spel, motoriek (zowel fijne als grove motoriek), gedrag en zelfredzaamheid. Door het invullen van

de ESDM-checklist wordt inzichtelijk gemaakt welke vaardigheden het kind al beheerst en waaraan het kind nog moet werken. Door deze inzichten kunnen behandeldoelen worden opgesteld (Rogers & Dawson, 2010).

De sociotherapeuten geven echter aan dat deze lijsten niet geschikt zijn voor de behandeling die zij thuis geven, maar alleen voor de groepsbehandelingen (persoonlijke mededeling, 26 februari 2019). Ook geven deze lijsten geen duidelijke kaders, waar bij de thuisbehandeling wel behoefte aan is (persoonlijke mededeling, 26 februari 2019).

2.1.3 Zorgzwaarte

Jeugd-GGZ

In de gemeente Arnhem, waar het Dr. Leo Kannerhuis gesitueerd is, wordt specialistische jeugdhulp (en opvang) gezien als aanvulling op het Gewoon Opvoeden en de Basishulp Jeugd. Deze aanvulling mag worden ingezet in situaties waar de basishulp niet voldoende is (Gemeente Arnhem, 2014). Een van de expertisegebieden van de specialistische jeugdhulp is de specialistische Jeugd-GGZ. Onder de Jeugd-GGZ valt de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis. Deze specialistische Jeugd-GGZ wordt ingezet bij kinderen en jongeren die problemen

hebben in het psychosociaal functioneren (Gemeente Arnhem, 2014). Het ambulante deel van de specialistische Jeugd-GGZ, de huisbezoeken, valt onder de basishulp en niet onder de specialistische jeugdhulp (Gemeente Arnhem, 2014). In hoofdstuk 2.2.3 wordt de nieuwe Jeugdwet uitgebreider toegelicht. Zoals in figuur 1 te zien is, bevindt de Jeugd-GGZ zich in de een na hoogste laag van de piramide, wat aangeeft dat er gespecialiseerde interventies



Figuur 1: interventie piramide. Overgenomen uit: *De transitie naar een veerkrachtig Arnhem* van Gemeente Arnhem, 2014

moeten worden toegepast door de medewerkers. Dit betekent dat de zorgzwaarte voor de patiënten van de vroegbehandeling tamelijk hoog is.

Passend onderwijs

Per 1 augustus 2014 is de wet Passend Onderwijs ingevoerd (Rijksoverheid, 2014). Dit heeft gevolgen gehad in het regulier en in het speciaal onderwijs. Door de invoering van passend onderwijs zullen kinderen met beperkingen langer op het passend onderwijs worden gehouden, voordat zij worden doorverwezen naar het speciaal onderwijs (Messing & Bouma, 2011). Dit komt doordat de scholen eerst zelf moeten proberen een zo goed mogelijke plek voor het kind te creëren met hulp van een expertise binnen de school. Dit is duidelijk te zien in het stroomdiagram in bijlage II. Het kind wordt ingeschreven op school. Wanneer wordt aangegeven dat het kind extra ondersteuning nodig heeft, wordt er ingegrepen door het intern ondersteuningsteam (1A). Is dit voldoende, dan blijft het kind op het passende onderwijs; is dit niet voldoende, dan komt er extra ondersteuning vanuit de wijk of specifieke ondersteuning op afroep (1B). Er vindt een MDO⁶ plaats (2) en daarbij wordt gekeken of het kind met extra ondersteuning (1B) op het passende onderwijs kan blijven of dat het toch in aanmerking komt voor een toelaatbaarheidsverklaring (3), waarna het naar het speciaal onderwijs kan (4). Zo wordt er door de school eerst zo veel mogelijk gedaan voor het kind, voordat dit doorverwezen wordt naar het speciaal onderwijs.

Naast het feit dat het regulier onderwijs niet meer bestaat, is ook het zogenaamde rugzakje weggevallen. Het rugzakje heette officieel 'leerlinggebonden financiering' (LGF) en gaf het kind extra mogelijkheden voor begeleiding op school (Rugzakkinderen, z.d.). Met de invoering van het passend onderwijs is het rugzakje verdwenen, waardoor de geldigheid van de huidige indicaties die kinderen hadden, kwamen te vervallen. In plaats van het rugzakje krijgen de scholen nu zorgplicht, wat betekent dat alle kinderen die extra ondersteuning nodig hebben, dit moeten krijgen vanuit school (Rugzakkinderen, z.d.).

De invoering van het passend onderwijs heeft invloed op de zorgzwaarte voor de patiënten bij de TOP. De sociotherapeuten zien dat de rigiditeit, starheid en rigide patronen van de patiënten zijn toegenomen doordat zij langer op het passend onderwijs gehouden worden dan ze aan zouden kunnen (persoonlijke mededeling, 11 februari 2019). De leerkracht van de TOP zegt hierover: "Zij blijven te lang hangen in een onveilige situatie waarin zij proberen te overleven door middel van de rigide patronen en rituelen die ze zelf creëren. Op die manier proberen zij veiligheid te creëren in een voor hen uitermate onveilige situatie."

⁶ Multi Disciplinair Overleg

Thuisbehandelingen

De sociotherapeuten geven aan dat de thuisbehandeling op dit moment voor een hoge werkdruk zorgt. Tijdens thuisbehandeling krijgen zij veel werkzaamheden op zich, die eigenlijk niet tot hun takenpakket behoren. Zo geeft een van de sociotherapeuten aan dat sinds hun taken zijn gaan overlappen met de taken van de maatschappelijk werker en zij niet meer met een sociotherapeut meegaan naar huisbezoeken, de sociotherapeuten ook steeds meer taken van de maatschappelijk werker op zich krijgen (persoonlijke mededeling, 26 februari 2019). Tijdens het interview met de sociotherapeuten van de TIP vertelde een van hen dat zij geen tijd krijgt om het genogram in te vullen tijdens een huisbezoek, waarop een collega sociotherapeut reageert dat dit eigenlijk een taak is voor de maatschappelijk werker, maar vaak door hen zelf wordt opgepakt. Doordat er geen duidelijk kader is welke taken tot de functie van sociotherapeut behoren en welke niet, wordt er veel bij de sociotherapeuten neergelegd. Zij kunnen nergens op terugvallen om aan te geven dat dit niet bij hun takenpakket hoort, maar zouden dit wel prettig vinden. Door zich te focussen op de taken die zij moeten uitvoeren, kan de werkdruk worden verminderd en de thuisbehandeling effectiever worden. (persoonlijke mededeling, 26 februari 2019).

2.1.4 Eenduidigheid in andere organisaties

In het onderzoek van I. Schuurmans (2014) naar eenduidigheid tussen medewerkers blijkt dat eenduidigheid zorgt voor rust en duidelijkheid. Als er geen eenduidigheid is, zal de cliënt bij verschillende medewerkers continu de individuele grenzen opzoeken om zo te krijgen wat hij wil. Doordat er onder de medewerkers diverse interventies ingezet worden, ontstaat er onduidelijkheid bij de cliënten. Om de eenduidigheid tussen de medewerkers te vergroten heeft Schuurmans (2014) een pakket ontwikkeld, waarin staat welke interventies wanneer moeten worden toegepast. Op deze manier voert iedereen dezelfde interventies uit, op zijn eigen manier, en zal er eenduidigheid ontstaan (Schuurmans, 2014).

Een onderzoek van Kooistra en Lampen (2011) naar eenduidigheid tijdens begeleidingsmomenten geeft aan dat deze werd vergroot door middel van zelfreflectie en evaluatie onder de medewerkers. Zo hebben de medewerkers opnames gemaakt van hun eigen handelen en deze geëvalueerd in bijzijn van hun collega's. Kooistra en Lampen (2011) zeggen hier over: "door het gezamenlijk bekijken van de opnames wordt de begeleiding zich bewust van de verschillen in communicatie tussen de begeleiders".

Hieruit kan worden afgeleid dat eenduidigheid in een team vergroot kan worden door het creëren van richtlijnen die kunnen worden nageleefd door alle medewerkers of door het evalueren en reflecteren op eigen handelen.

2.2 Literatuuranalyse

In deze paragraaf worden verschillende aspecten vanuit de literatuur benaderd. Er is gekozen om te verdiepen in de nieuwe Jeugdwet, omdat het Dr. Leo Kannerhuis te maken heeft met een aantal uitgangspunten vanuit deze wet. Verder wordt de systeembenadering toegelicht; dit is een belangrijk aspect tijdens huisbezoeken omdat het volledige systeem hierbij betrokken wordt. Tevens wordt vanuit de literatuur onderbouwd waarom huisbezoeken effectief zijn voor de behandeling. Als laatste wordt PRT toegelicht. PRT is een behandelvorm waarmee de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis zowel op de groep als tijdens huisbezoeken intensief mee werken.

2.2.1 Nieuwe Jeugdwet in Arnhem

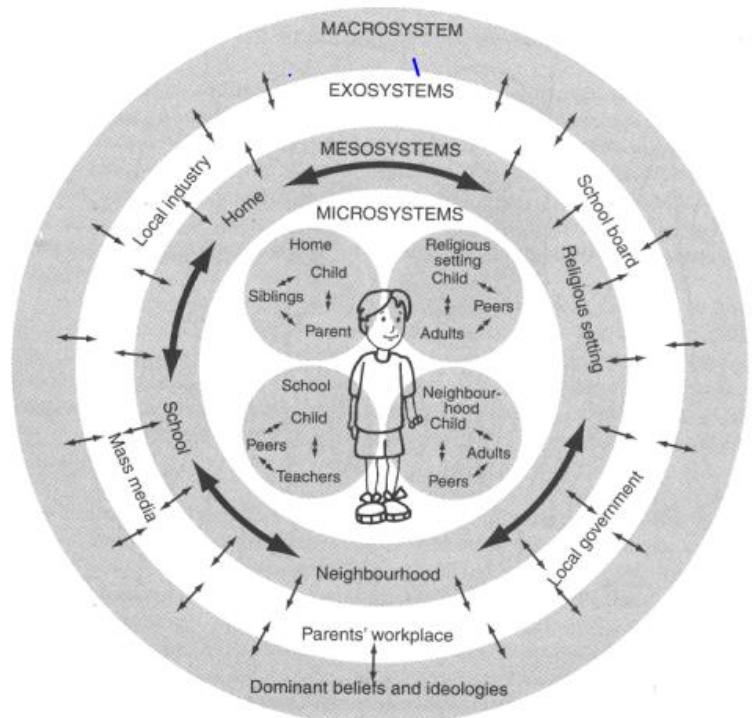
De Jeugdwet, die in 2015 is ingevoerd, vervangt de Wet op de jeugdzorg en verschillende onderdelen van de jeugdzorg die voorheen onder de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vielen (NJI, 2019). Vanaf 1 januari 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de jeugdzorg in hun provincie. Onder deze provinciale jeugdzorg vallen de jeugdbescherming, jeugdreclassering, jeugdzorgPlus (gesloten jeugdzorg), Jeugd-GGZ en de jeugd-LVB (Movisie, 2015). De nieuwe Jeugdwet zorgt ervoor dat de jeugdzorg is overgedragen aan de gemeenten. Voor de gemeenten heeft de Jeugdwet vijf uitgangspunten op een rij gezet (NJI, 2019): Het probleemoplossend vermogen versterken van kinderen en jongeren, hun ouders en sociale omgeving; de opvoedcapaciteiten bevorderen van de ouders en de sociale omgeving; preventie en vroegsignalering; het tijdig bieden van de juiste hulp op maat; effectieve en efficiënte samenwerking rond gezinnen (NJI, 2019; Movisie, 2015). Door middel van deze uitgangspunten moet er voorkomen worden dat ouders en jeugdigen verdwalen in het systeem. Ook moet er door middel van vermindering van bureaucratie en regels integrale zorg bij meervoudige problematiek, zoals bij de cliënten bij de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis, beter mogelijk worden (Movisie, 2015). Bij de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis is vroegsignalering van belang, het systeem wordt ook betrokken om de opvoedcapaciteiten van ouders en sociale omgeving te bevorderen. Huisbezoeken zorgen ervoor dat de sociotherapeut een vollediger beeld krijgt van de thuissituatie, het systeem leert de therapeut kennen en vice versa. Dit komt de onderlinge behandelrelatie ten goede (Brouwers, 2010).

2.2.2 Systeembenadering

Vanaf de opkomst van de psychosociale hulpverlening lag het accent op het behandelen van het individu (Bolt, 2015). Pas vanaf de jaren vijftig ontstond er meer aandacht voor de context van een cliënt. Therapeuten ontdekten dat de omgeving van een cliënt ook invloed heeft op het gedrag van deze cliënt. Therapeuten kwamen in aanraking met een (in

opkomst zijnde) theoretische stroming, namelijk de systeemtheorie. De systeemtheorie is een reactie van de mens op de explosie aan informatie die zich uitbreidde. Deze theorie vormt het fundament van de systeembenadering. De systeembenadering veronderstelt dat ieder individu een onderdeel is van een groep individuen van een systeem. Binnen een systeem is interactie tussen alle individuen. Iedereen heeft met alle anderen een relatie. Daarnaast hebben factoren van buitenaf ook een effect op ieder individu. Het functioneren van een gezin in een systeem binnen een groter systeem is te complex om een eenvoudige oorzaak-gevolg-conclusie op los te laten (Bolt, 2015).

Bronfenbrenner beschrijft het systeem als een ui, zie figuur 2. De kern is de patiënt. De laag daaromheen is het **microsysteem** van deze patiënt (Härkönen, 2007). Dit zijn dichtstbijzijnde personen. Deze hebben wederzijdse beïnvloeding op elkaar. De volgende laag is het **mesosysteem**. Het mesosysteem is de interactie tussen verschillende microsystemen, zoals de leerkracht en de buurt. De volgende laag is het **exosysteem**. Het exosysteem zijn de interacties tussen twee of meerdere settings waarvan de patiënt bij ten minste een setting geen onderdeel is. Voor een kind is dat bijvoorbeeld de relatie tussen huis en werkplek van ouders, voor ouders kan dit de relatie zijn tussen school en de buurt. De volgende laag is het **macrosysteem**. Het macrosysteem is het overkoepelende patroon van de micro-, meso- en exosystemen, zoals cultuur, subcultuur of een andere sociale context. De buitenste laag is het **chronosysteem**. Dit is een beschrijving van de evolutie, ontwikkeling of stroom van ontwikkelingen van de buitenste systemen in tijd (Härkönen, 2007). Bolt (2015, p.40) zegt hierover “dat je de wederzijdse beïnvloeding van gedrag binnen een systeem die leidt tot een patroon opmerkt en analyseert op basis van feitelijke observaties vanuit de opvatting dat de causaliteit circulair is”. Het is daarom belangrijk om therapie niet alleen te richten op de cliënt, maar ook op het gezin. De interactie in een gezin wordt hierbij veranderd. Het veranderen van het gedrag van de een, kan ertoe leiden dat de ander ook ander gedrag gaat vertonen (Bolt, 2015).



Figuur 2: Ecologisch systeem Bronfenbrenner. Overgenomen uit: *The Bronfenbrenner ecological systems theory of human development* van U.

Een ander belangrijk aspect van een huisbezoek is de generalisatie van de geleerde vaardigheden uit de behandelsetting naar de thuissituatie (Huskens & Didden, 2015). Huskens en Didden (2015) zeggen hierover: “Wanneer een kind in een training een bepaalde vaardigheid leert, maar deze vaardigheid vervolgens niet in verschillende situaties in het dagelijks leven vertoont, is de training van weinig waarde voor het kind en voor anderen”. Eerder dacht men dat er geen aparte training nodig was voor generalisatie, omdat gedacht werd dat dit vanzelf zou gebeuren. Er werd vanuit gegaan dat het kind nieuwe vaardigheden ook in soortgelijke situaties buiten de behandelsetting zou laten zien, maar dit bleek niet het geval (Huskens & Didden, 2015). Er zijn drie soorten generalisatie: Stimulusgeneralisatie, responsgeneralisatie en generalisatie over tijd. Stimulusgeneralisatie houdt in dat een geleerde vaardigheid die is aangeleerd door middel van een bepaalde stimulus, zich ook voordoet wanneer er een soortgelijke stimulus plaatsvindt. Responsgeneralisatie houdt in dat het kind een bepaalde vaardigheid heeft aangeleerd tijdens de training, hij daarna een adequate, ongetrainde respons laat zien die overeenkomt met de aangeleerde vaardigheid. Generalisatie over tijd houdt in dat het kind ook na het beëindigen van de training de nieuw aangeleerde vaardigheid blijft vertonen (Huskens & Didden, 2015). Bij de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis worden de aangeleerde vaardigheden op de groep, door middel van huisbezoeken, naar huis gegeneraliseerd. Hierbij komen alle drie de vormen van generalisatie aan bod.

2.2.3 Effectief huisbezoek

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van opvoedingsondersteuning. Deze tonen aan dat de gedragsproblemen bij kinderen afnemen, het gevoel van competentie bij ouders toeneemt en het sociaal functioneren van ouders verbetert (Janssen, 2015). Om de effectiviteit van opvoedingsondersteuning te vergroten moeten verschillende factoren gehanteerd worden. Zo is het van belang dat de interventies onderbouwd zijn vanuit theorie en gebaseerd zijn op wetenschappelijk erkende inzichten. Verder is het belangrijk om de uit te voeren stappen vast te leggen in een handleiding, zodat de kwaliteit beter wordt gegarandeerd. Daarnaast is het van belang dat de interventies duidelijk meetbare, concrete werkdoelen hebben, waarbij er rekening wordt gehouden met de verschillende behoeften en leerstijlen van ouders. De behoeften en leerstijlen van ouders zijn afhankelijk van de normen, waarden en cultuur van ouders. Uit onderzoek is gebleken dat opvoedingsondersteuning effectiever is wanneer er verschillende methodes worden gebruikt tijdens de interventies, maar ook wanneer er een positieve relatie is tussen ouders en professional (Janssen, 2015). Pedagoog Hans-Jan Kuipers (Janssen, 2015, p. 47) zegt hierover: “Voor een kind kan de situatie problematisch worden als het ene systeem het andere

afwijst". Om afwijzing te voorkomen is het aan de pedagoog om er voor te zorgen dat patiënten niet tussen verschillende systemen klem gezet worden (Janssen, 2015).

2.2.4 Pivotal Response Training

Tijdens de gehele behandeling, zo ook bij de thuisbehandeling, wordt er gewerkt met PRT. In het stageverslag voor OI2 jaar 3 beschrijft Versluis (2017) PRT als volgt: Pivotal Response Treatment (PRT) is een onderdeel van de ABA. Bij het dr. Leo Kannerhuis wordt er veelal getraind via PRT. In de behandeling van PRT wordt gewerkt aan verschillende kernvaardigheden zoals cognitie, spel, sociaal gedrag, taalverwerving en communicatie, door middel van behandeling vanuit de motivatie van het kind. Uit vele onderzoeken blijkt dat kinderen met autisme taken veel beter uitvoeren wanneer zij gemotiveerd zijn. Deze motivatie kan onder andere bereikt worden door het kind zelf een keuze te laten maken in een activiteit. In de PRT behandeling wordt er vooral gebruik gemaakt van materiaal dat in de natuurlijke omgeving van het kind terug te vinden is. Hierbij kan men denken aan speelgoed dat in een reguliere kleuterklas te vinden is. Door het kind een keuze te laten maken tussen bepaald speelgoed en deze keuze ook te volgen, zorgen de behandelaars dat het kind enige regie heeft in de behandeling. Tijdens de behandeling worden alle initiatieven van het kind gevolgd, dit is belangrijk om de consequentheid in de reacties van de behandelaars te behouden. Een voorbeeld hiervan is dat een kind vraagt of het terug mag naar de klas en de behandelaar aangeeft dat het kind nog even de puzzel afmaakt, waarna het daadwerkelijk terug mag naar de klas. Wanneer een dergelijk initiatief niet consequent wordt gevolgd, zal het kind uiteindelijk niets meer vragen omdat de antwoorden elke keer weer verschillen. Voor de behandeling van een kind met autisme is het belangrijk deze initiatieven daarom consequent te volgen, ook al wijkt het af van de origineel vooropgezette behandeling, zodat het kind initiatieven zal durven blijven nemen (Versluis, 2017). In het stageverslag voor OO2 jaar 3 voegt Versluis (2018) hier aan toe dat er door onderzoek te doen ontdekt is dat kinderen beter functioneren en nieuwe opdrachten sneller leren, als het aanleren van nieuwe vaardigheden afgewisseld wordt met taken die al beheerst worden door het kind. Dit gaat op een ratio van 5:1, vijf gemakkelijke taken op een moeilijke taak. Door dingen te doen in de trainingen die de cliënten leuk vinden, is de kans groter dat kinderen dingen die ze in de trainingen hebben geleerd, vaker gaan doen. Ook is het mogelijk om een zeer intensieve interventie aan te bieden zonder dat deze te veel stress oplevert bij het kind. Dit alles wordt mogelijk door het gebruik van spel in de trainingen. Trainingen bij kinderen met autisme zijn het meest effectief als ze op een zo jong mogelijke leeftijd beginnen, intensief zijn, langdurig, als de ouders er actief bij betrokken zijn, als het programma op het individuele kind is toegesneden, als de hulpverleners speciaal zijn getraind en als er aandacht is voor communicatie, schoolse vaardigheden, concentratie en andere ontwikkelingsgerichte doelen (Versluis, 2018).

2.3 Conclusie probleemanalyse

Uit de praktijk- en literatuuranalyse kan geconcludeerd worden dat er geen duidelijk inhoudelijk beleid is voor de huisbezoeken voor de vroegbehandeling, terwijl hier wel behoefte aan is. De sociotherapeuten ervaren hiervan de negatieve gevolgen. Zij zouden graag een structuur hebben voor de huisbezoeken die zij uitvoeren, met name voor de observatieperiode. Het gebrek aan beleid en structuur heeft effect op het behandelplan en de thuisbehandeling. Het behandelplan wordt minder concreet en de thuisbehandeling bereikt niet het gewenste effect. Het is van belang dat de thuisbehandeling zo effectief mogelijk ingezet wordt. De generalisatie van de behandeling op de groep naar de behandeling thuis zal er voor zorgen dat de behandeling een groter effect heeft. Trainingen bij kinderen met autisme zijn het meest effectief wanneer deze op een zo jong mogelijke leeftijd beginnen, intensief zijn, langdurig, als de ouders er actief bij betrokken zijn, als het programma op het individuele kind is toegesneden, als de hulpverleners speciaal zijn getraind en als er aandacht is voor communicatie, schoolse vaardigheden, concentratie en andere ontwikkelingsgerichte doelen.

De zorgzwaarte van de patiënten op het Dr. Leo Kannerhuis is van origine tamelijk hoog. Sinds de invoering van het passend onderwijs is deze zorgzwaarte toegenomen. De kinderen komen nu in een later stadium bij het Dr. Leo Kannerhuis, wanneer de problematiek al veel groter is geworden. Deze hogere zorgzwaarte zorgt voor hogere werkdruk bij de sociotherapeuten.

Sociotherapeuten krijgen daarnaast vaak extra werkzaamheden, die niet binnen hun takenpakket vallen. De sociotherapeuten hebben echter geen duidelijke kaders of beleid waarop zij terug kunnen vallen en doen daarom wat zij denken dat het beste is. Ook hebben de sociotherapeuten onderling weinig afstemming en is er geen eenduidigheid. Wanneer er meer eenduidigheid ontstaat, zullen de behandelingen effectiever worden. De sociotherapeuten kunnen onderling afstemmen hoe anderen bepaalde methodes en interventies uitvoeren en zo hun eigen behandeling verbeteren.

Doordat er geen duidelijke kaders zijn waarbinnen een sociotherapeut moet werken, krijgen ouders vaak ook geen duidelijk beeld van wat de thuisbehandeling precies inhoudt en wat er gedaan gaat worden. Daardoor komen ouders vaak met eigen opvoedvragen die mogelijk op dat moment niet passend zijn binnen de behandeling. Echter, de sociotherapeuten kunnen nergens op terugvallen om ouders aan te geven dat dit geen onderdeel is van de behandeling, omdat zij geen kaders hebben. Zo nemen zij weer meer taken op zich dan daadwerkelijk nodig. Tevens zorgt dit voor observaties aan de hand van informatie verkregen van ouders, hetgeen een misvormd beeld geeft van de werkelijke situatie. Vaak komen sociotherapeuten daar pas achter tegen het eind van de

thuisbehandeling en dan hebben zij geen tijd meer om het daadwerkelijke probleem aandacht te geven.

Er lijkt in de praktijk weinig meerwaarde van huisbezoeken te zijn voor de behandeldoelen, hoewel de theorie dit tegendeel bewijst. De theorie geeft aan dat het belangrijk is om behandelingen thuis te generaliseren en daarin het systeem mee te nemen voor een zo groot mogelijk positief effect van de behandeling. Doordat er op dit moment weinig doelgerichte meerwaarde van huisbezoeken blijkt op de vroegbehandeling, heeft dit een negatief effect op de kwaliteitszorg. Wanneer een kind een bepaalde geleerde vaardigheid niet in verschillende situaties in het dagelijks leven en in het eigen systeem vertoont, is de training van weinig waarde voor het kind en voor anderen.

Er is een kleine structuur opgezet voor de observatieperiode, die echter niet wordt nageleefd. Voorheen gingen er maatschappelijk werkers naar het gezin; zij brachten het systeem in kaart en zorgden ervoor dat deze lijnen kort gehouden werden. De maatschappelijk werkers zijn nu vrijwel niet meer in beeld bij de sociotherapeuten, waardoor zij deze taken zelf op zich krijgen. De lijsten waarmee zij op dit moment werken, de ESDM en de VB-MAPP, zijn geschikt voor op de groep, maar niet voor thuisbehandeling. Ze zijn te omvangrijk en nemen te veel tijd in beslag tijdens de thuisbehandeling, waarvoor al relatief weinig tijd staat. Daarnaast komen er thema's in voor die niet van belang zijn bij een thuisbehandeling.

Tijdens de thuisbehandeling wordt ook gewerkt met PRT. Deze behandeling richt zich op het werken aan verschillende kernvaardigheden vanuit de motivatie van het kind. De PRT-behandeling is op dit moment de meest toegepaste methode en heeft een duidelijk effect op de behandeling. Het is van belang dat deze in de thuisbehandeling blijft. De vraag is hoe de thuisbehandeling efficiënter en effectiever kan worden ingericht en hoe dit zo ingekaderd kan worden dat alle sociotherapeuten hetzelfde handelen.

2.4 Probleemstelling

Op dit moment heerst er onduidelijkheid over de invulling van de thuisbehandeling. De opdrachtgever en sociotherapeuten geven aan dat zij kaders en structuur missen waarbinnen zij kunnen werken om de thuisbehandelingen effectiever te maken en efficiënter in te richten, in verband met de summiere tijd die zij hebben voor de thuisbehandeling. Zij hebben het gevoel dat dit nu te weinig gebeurt, met negatieve gevolgen voor behandeling van de patiënten en een verhoogde werkdruk voor de medewerkers.

2.4.1 Doelstelling

Een product of hulpmiddel ontwikkelen om thuisbehandelingen in te kaderen, effectiever te maken en efficiënter in te richten.

2.4.2 Onderzoeksvraag

Hoe kan er meer structuur en eenduidigheid gecreëerd worden voor de thuisbehandelingen van de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis, om deze zo effectief en efficiënt mogelijk te maken?

2.4.3 Deelvragen

1. Wat zijn de tien meest voorkomende thema's op het gebied van alledaagse opvoedproblemen waar ouders hulp bij zoeken tijdens de huisbezoeken?
2. Binnen welke kaders moet er door de sociotherapeuten gewerkt worden tijdens thuisbehandelingen?
3. Wat hebben de sociotherapeuten nodig om eenduidig en gestructureerd thuisbehandeling uit te voeren?

2.4.4 Definitie van begrippen

Begrip	Toelichting
Inkaderen	Zorgen dat iedereen hetzelfde handelt en de informatie door iedereen (zowel medewerkers als ouders) op dezelfde manier wordt geïnterpreteerd
Effectief	Zorgen dat de sociotherapeuten werken aan de doelen; zorgen dat aan het eind van de behandeling de gestelde doelen ook daadwerkelijk behaald zijn
Structuur	Een stappenplan dat door iedere sociotherapeut wordt en kan worden gevolgd
Efficiënt	In korte tijd (een uur per drie weken) zoveel mogelijk doelen behalen; zorgen dat er gewerkt wordt aan de doelen op de afgesproken en vastgestelde wijze
Thema's	Ontwikkelingstaken van een patiënt, opvoedvragen en systeemgerichte vragen
Kaders	Richtlijnen, afspraken, beleid waarbinnen gewerkt moet worden
Eenduidigheid	Dat iedere sociotherapeut dezelfde richtlijnen volgt binnen haar eigen visie

3. Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk komen de onderzoeksbenadering, procedure van onderzoek, participanten, meetinstrumenten en data-analyse aan bod. Er wordt beschreven hoe de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek zijn geborgd. Tot slot wordt er beschreven hoe rekening is gehouden met de privacy van de betrokkenen binnen het onderzoek.

3.1 Onderzoeksbenadering

Er is gekozen om een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek uit te voeren. Er is kwalitatief onderzoek uitgevoerd door een groepsdiscussie te houden en een enquête met open vragen af te nemen met de sociotherapeuten van de vroegbehandeling. Op deze wijze konden de medewerkers hun eigen ervaringen en input delen, hetgeen verdieping heeft gegeven aan het onderzoek. Door kwalitatief onderzoek uit te voeren is er gedetailleerde informatie verkregen (Van der Donk & van Lanen, 2015).

Er is kwantitatief onderzoek uitgevoerd door middel van een vragenlijst die is gestuurd naar alle ouders/verzorgers van de patiënten van de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis. Doordat het niet mogelijk was om in dialoog te gaan met ouders, werden op deze manier zij als belanghebbenden alsnog bij het onderzoek betrokken.

Naast kwantitatief en kwalitatief onderzoek werd er ook een brainstormsessie gehouden. Door middel van een brainstormsessie werd de groep sociotherapeuten aan het denken gezet over welke thema's veel voorkomend zijn bij de thuisbehandelingen. Zo konden de sociotherapeuten hun input delen en hierover met elkaar in discussie gaan, hetgeen meer verdieping aan het onderzoek heeft gegeven.

3.2 Participanten

Voor het kwalitatief onderzoek en de brainstormsessie van deelvragen een, twee en drie werd er met medewerkers in dialoog gegaan; zie tabel 1, waarin staat welke sociotherapeuten betrokken zijn bij het onderzoek en wat hun functie is.

De sociotherapeuten voeren de thuisbehandelingen uit en de gedragswetenschappers maken de behandelplannen voor zowel op de groep als thuis. Zij zijn volledig betrokken bij het onderwerp van het onderzoek en zijn daarom

Tabel 1: Sociotherapeuten vroegbehandeling

Naam	Functie
AD	Sociotherapeut B TOP1 – opdrachtgever
A	Sociotherapeut B TOP2
E	Sociotherapeut A vroegbehandeling – TIP
LM	Sociotherapeut B TIP
LR	Sociotherapeut B TIP
M	Stagiaire TIP
AP	Stagiaire TOP

meegenomen in het kwalitatief onderzoek. De stagiaires zijn enkele keren mee geweest op huisbezoek en konden wellicht andere inzichten geven, doordat zij vanuit een ander perspectief kijken.

Voor het kwantitatief onderzoek van deelvraag 1 werden alle ouders/verzorgers individueel benaderd. Van de 17 benaderde gezinnen⁷ hebben 10 ouders de vragenlijst ingevuld en retour gezonden.

3.3 Procedure van onderzoek

Voor het afnemen van interviews en het houden van een brainstormsessie was er toestemming nodig van de respondenten. Deze toestemmingsverklaringen geven aan of er geluidsopnames gemaakt mogen worden en op welke manier de privacy gewaarborgd wordt. De ingevulde toestemmingsverklaringen zijn separaat toegevoegd. De organisatie heeft toestemming verleend om de ouders door middel van vragenlijsten te benaderen.

3.3.1 Deelvraag 1

Wat zijn de tien meest voorkomende thema's op het gebied van alledaagse opvoedproblemen waar ouders hulp bij zoeken tijdens de huisbezoeken?

Deze deelvraag is opgedeeld in twee categorieën. De eerste categorie betreft de sociotherapeuten van de vroegbehandeling, de tweede categorie betreft de ouders.

De categorie 'sociotherapeuten' zal worden onderzocht door middel van een brainstormsessie. Voorafgaand aan de brainstormsessie was er wekelijks contact tussen de sociotherapeuten en de onderzoekers; op deze manier werd het draagvlak vergroot. De brainstormsessie werd in groepsverband gehouden, waarbij alle sociotherapeuten en beide onderzoekers aanwezig waren. Tijdens de brainstormsessie is er een mindmap gemaakt met daarop thema's die voorkomen tijdens thuisbehandelingen.

De categorie 'ouders' is onderzocht met behulp van een vragenlijst. De vragenlijst werd digitaal verspreid door de opdrachtgever. Hier is voor gekozen omdat de opdrachtgever meer draagvlak heeft bij ouders, waardoor de kans respons verhoogd werd. De gegevens werden anoniem en digitaal verzameld via een online enquête softwaresysteem. De ouders zijn individueel benaderd voor een zo groot mogelijke respons. In de vragenlijst werd grotendeels gebruik gemaakt van gesloten vragen. Door middel van deze procedure werd duidelijk hoe vaak en/of in welke mate iets voorkomt (van der Donk & van Lanen, 2015).

⁷ N=17 (uitleg: 6 gezinnen TIP, 6 gezinnen TOP2, 5 gezinnen TOP1).

De vragenlijst voor ouders is door 59% van de ouders ingevuld. Na een week was de respons van de TIP 0%, hierop hebben de onderzoekers de betreffende groepsleiding nogmaals benaderd. Twee weken na het versturen van de eerste mail is er een herinnering met deadline gestuurd door de opdrachtgever, vanwege een laag respons (24%). Dit resulteerde in de bovengenoemde respons van 59%. Er is gemaïld door een van de gezinnen dat zij de vragenlijst om bepaalde redenen niet in konden vullen, waardoor de volledige respons op 65% zou komen. Echter, de lijst is niet ingevuld waardoor dit niet is meegerekend als respons.

3.3.2 Deelvraag 2

Binnen welke kaders moet er door de sociotherapeuten gewerkt worden tijdens thuisbehandelingen?

Deze deelvraag is beantwoord door middel van intern onderzoek en een groepsdiscussie met de sociotherapeuten. Tijdens de groepsdiscussie zijn de sociotherapeuten in groepsverband tot discussiëren gezet in een prikkelarme ruimte. De groepsdiscussie is uitgewerkt per thema. Een van de sociotherapeuten die deelnam is in het verleden als maatschappelijk medewerker betrokken geweest bij de vroegbehandeling, waardoor zij de kaders vanuit twee gezichtspunten (sociotherapeut en maatschappelijk werker) kon toelichten.

Het interne onderzoek betreft het doorzoeken van beleidsdocumenten en functiebeschrijvingen. In de loop van de tijd zijn er onduidelijkheden opgetreden tussen de verschillende functies. De sociotherapeuten voeren de behandeling over het algemeen uit op de groep en de maatschappelijk werker gaat op huisbezoeken. Echter, huisbezoeken en thuisbehandelingen horen bij de vroegbehandeling ook onder de taken van de sociotherapeut. Hierdoor zijn er onduidelijkheden opgetreden over welke taak onder welk takenpakket valt. Zo kan het zijn dat er vanuit een teamgevoel taken voor een ander worden overgenomen, maar het kan ook zijn dat er onbewust taken worden overgenomen door een ander omdat men niet weet wat de kaders van haar functie zijn. Om deze reden is er gekozen om de kaders nadrukkelijk op een rijtje te zetten bij het beantwoorden van deze deelvraag, middels de functiebeschrijvingen. Vanuit de organisatie is toestemming verleend om beleidsdocumenten en functiebeschrijvingen in te mogen zien. In deze functiebeschrijvingen worden de kaders, in dit verband taken en verantwoordelijkheden, van de sociotherapeuten en andere zorgverleners genoemd. Zo werd duidelijk of de huidige uitgevoerde taken van de sociotherapeuten al dan niet binnen hun kaders vielen. Wanneer deze taken niet binnen de kaders van de sociotherapeut vielen, werd ook duidelijk bij welke functie deze taken dan wel behoren.

3.3.3 Deelvraag 3

Wat hebben de sociotherapeuten nodig om eenduidig en gestructureerd thuisbehandeling uit te voeren?

Deze deelvraag is beantwoord door middel van een groepsdiscussie en een korte enquête voor sociotherapeuten. Alle sociotherapeuten werden bevraagd naar hun behoeften voor een product. Voorafgaand aan de enquête en groepsdiscussie was er om het draagvlak te vergroten wekelijks contact tussen de sociotherapeuten en de onderzoekers. De vragen voor deelvraag 2 en 3 zijn tijdens dezelfde groepsdiscussie en enquête behandeld. Voor de procedure zie daarom paragraaf 3.3.2.

3.4 Meetinstrumenten

3.4.1 Brainstormsessie

Er is gekozen om een brainstormsessie te houden om in korte tijd zo veel mogelijk thema's te achterhalen die volgens de sociotherapeuten veelvoorkomend zijn. De brainstormsessie is in groepsverband gehouden, zo werd er aan draagvlak gewerkt (van der Donk & van Lanen, 2015). Een brainstormsessie is een associatieve techniek, wat inhoudt dat er gebruik wordt gemaakt van de associaties van meerdere personen bij een of meerdere kernwoorden (van der Donk & van Lanen, 2015). Bij een brainstormsessie is het belangrijk om alles op te schrijven wat er wordt gezegd. Tijdens de brainstormsessie werd een mindmap gemaakt van alle thema's die de sociotherapeuten noemden. Hierna heeft iedere sociotherapeut een top drie gemaakt met daarin de voor haar meest voorkomende thema's. Iedere eerste plek kreeg drie punten, iedere tweede plek kreeg twee punten en iedere derde plek kreeg een punt. Door alle punten per thema bij elkaar op te tellen is duidelijk geworden welke thema's de sociotherapeuten gezamenlijk belangrijk vinden (van der Donk & van Lanen, 2015). Het thema 'stellen van grenzen' is door drie sociotherapeuten in hun top drie op de eerste plek gezet en door drie sociotherapeuten op de tweede plek⁸. De som van het gegeven aantal punten⁹ komt hiermee op 24 punten. Dit zorgt er voor dat het thema 'stellen van grenzen' eerste komt te staan in de top 10. Het thema 'ontwikkelingstaken' werd door drie sociotherapeuten op de eerste plaats gezet en door twee sociotherapeuten op de derde plaats. De som van het gegeven aantal punten¹⁰ komt hiermee op 17 punten. Het thema 'ontwikkelingstaken' komt daarmee op de tweede plaats in de top 10. In bijlage III is de opzet van de brainstormsessie te vinden.

⁸ Het thema dat op nummer 1 staat, krijgt 5 punten. Het thema dat op nummer 2 staat, krijgt 3 punten. Het thema dat op nummer 3 staat, krijgt 1 punt.

⁹ 3 x eerste plek (5 punten) = 3x5 = 15 punten, 3x tweede plek (3 punten) = 3x3= 9 punten.

¹⁰ 3x eerste plek (5 punten) = 3x5 = 15 punten, 3x derde plek (1 punt) = 3x1 = 3 punten

3.4.2 Vragenlijst

Er is gekozen om ouders te betrekken door middel van een vragenlijst, omdat er in de thuissituatie meerdere problematieken spelen die het niet mogelijk maakten om individueel met ouders in gesprek te gaan. Door middel van een vragenlijst werden ouders betrokken bij het onderzoek en werd het draagvlak onder ouders vergroot. De vragenlijst werd opgesteld aan de hand van de meest voorkomende thema's vanuit de brainstormsessie en resultaten vanuit de probleemanalyse. Ook bevatte deze vragenlijst vragen over de tevredenheid en het belang van ouders met betrekking tot de thuisbehandeling. In de vragenlijst werd gebruik gemaakt van gesloten vragen. Deze gesloten vragen bestonden uit enkele keuzevragen, meerkeuzevragen en schaalvragen. De vragen rondom tevredenheid werden geoperationaliseerd door middel van de 5-punts likertschaal. Bij deze vragen werd ook de optie 'geen mening' gegeven, op deze manier werd een zo reëel mogelijk beeld gecreëerd.

Ouders werd gevraagd in welke groep het kind zit om zo te achterhalen of de respons van de verschillende groepen kwam en een zo compleet mogelijk beeld van de gehele vroegbehandeling te krijgen. Ouders werd gevraagd bij welke thema's zij hulp nodig hebben, waarmee duidelijk werd welke thema's volgens ouders belangrijk zijn bij de thuisbehandeling. De thema's zijn in hoofdstuk 4.2.2 uitgewerkt in een tabel, de thema's die door ouders genoemd zijn in de vragenlijst zijn gerangschikt op volgorde van frequentie. Het thema 'toekomstperspectief' is door acht ouders genoemd, het thema 'zindelijkheid' is door zes ouders genoemd. Zo komt het thema 'toekomstperspectief' voor ouders op nummer 1.

De schaalvragen zijn opgesteld om te achterhalen of de huisbezoeken effectief gevonden worden, of het duidelijk is wat de sociotherapeut komt doen en of ouders zich gehoord voelen. De omschrijving van een aantal thema's is aangepast aan het niveau van ouders. Zo is 'zelfredzaamheid' verdeeld in 'zelfverzorging' en 'zindelijkheid'. 'Taal' is verdeeld in: "Hoe gebruik ik taal richting mijn kind" (taalgebruik) en "Hoe help ik mijn kind om beter te praten" (taalontwikkeling). 'Ontwikkelingstaken' is vertaald naar: 'Is de groei/ontwikkeling van mijn kind passend bij een ander kind met autisme, in dezelfde leeftijd'. 'Draaglast' is uit de vragenlijst gelaten, omdat dit te confronterend kan zijn voor ouders.

In bijlage IV is de vragenlijst te vinden.

3.4.3 Enquête

De enquête bestond uit twee open vragen. De sociotherapeuten werd gevraagd wat hen wel of niet zou helpen tijdens de observatieperiode van een huisbezoek. Deze vragen hebben betrekking op deelvraag 3, zie 2.4.3. De vragen zijn opgesteld aan de hand van

signalen die uit informele gesprekken en de groepsdiscussie zijn gehaald. De vragenopzet is te vinden in bijlage V.

3.5 Data-analyse

Voor het kwantitatieve deel van het onderzoek is er geanalyseerd door middel van het samenvoegen van categorieën (van der Donk & van Lanen, 2015) om de hoeveelheid data te verkleinen. Ook zijn meerkeuzevragen geanalyseerd door middel van frequenties en berekeningen van percentages; op deze manier werd duidelijk bij welke thema's ouders/verzorgers behoefte hebben aan hulp tijdens de huisbezoeken.

Het kwalitatieve deel van het onderzoek is geanalyseerd met behulp van open coderingen. Op deze wijze ontstonden er categorieën vanuit de bestaande tekst. De tekst is opgedeeld in betekenisvolle tekstfragmenten die betrekking hebben op hetzelfde onderwerp, ofwel categorieën. De lijst met categorieën zorgt ervoor dat er zo min mogelijk afleiding is naar denkbeelden of aannames (van der Donk & van Lanen, 2015)

De brainstormsessie resulteerde in een mindmap met een aantal veelvoorkomende thema's dat speelt tijdens de thuisbehandeling. Vanuit deze thema's heeft iedere sociotherapeut een top drie gemaakt, met daarin de thema's die door deze sociotherapeut met de hoogste frequentie zijn aangeduid. Door de top drie van alle sociotherapeuten te scoren¹¹ en daarvan het totaal uit te rekenen, is er een algemene top 10 ontstaan van de 10 meest voorkomende thema's die aan de orde zijn tijdens een thuisbehandeling.

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van een onderzoek houdt in dat het onderzoek door anderen op dezelfde manier kan worden uitgevoerd en de onderzoeksresultaten grotendeels hetzelfde zouden moeten zijn (van der Donk & van Lanen, 2015). De betrouwbaarheid in dit onderzoek is vergroot door middel van het naleven van de richtlijnen en protocollen die vanuit de praktijkorganisatie en de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen zijn vastgelegd, zoals het naleven van de gedragscode praktijkgericht onderzoek, het laten invullen van de toestemmingsformulieren en het integer en zorgvuldig omgaan met de verkregen data. Verder zijn alle sociotherapeuten en alle ouders benaderd voor het onderzoek om zo het draagvlak en daarmee de representativiteit van het onderzoek te vergroten. Deze enquêtes zijn individueel en onafhankelijk van elkaar gecodeerd door beide onderzoekers. De coderingen van beide onderzoekers zijn met elkaar vergeleken en kwamen grotendeels overeen. Vanuit

¹¹ Het thema dat op nummer 1 staat, krijgt 5 punten. Het thema dat op nummer 2 staat, krijgt 3 punten. Het thema dat op nummer 3 staat, krijgt 1 punt.

daar is afgestemd welke coderingen gebruikt zijn, hetgeen de betrouwbaarheid van de coderingen heeft gewaarborgd.

De validiteit van een onderzoek houdt in dat er onderzocht wordt wat er daadwerkelijk onderzocht moet worden (van der Donk & van Lanen, 2015). De validiteit is gewaarborgd door middel van triangulatie. In de analyse is er gebruik gemaakt van bronnentriangulatie; dit houdt in dat de validiteit van de tekst vergroot wordt door middel van het combineren van meerdere bronnen. In het onderzoek is gebruik gemaakt van methodische triangulatie: Er is gebruik gemaakt van verschillende methoden om tot resultaten te komen (van der Donk & van Lanen, 2015). Voor de methodische triangulatie is gebruik gemaakt van verschillende meetinstrumenten zoals een groepsdiscussie, vragenlijsten en een brainstormsessie. Door verschillende instrumenten in te zetten en het betrekken van alle medewerkers en ouders van de vroegbehandeling is getracht op een valide manier te meten. Tijdens de brainstormsessie en groepsdiscussie is door de onderzoekers gecontroleerd of zij hetgeen gezegd en daadwerkelijk bedoeld werd door de sociotherapeuten begrepen, door middel van bevestiging en uitdieping van grote begrippen / thema's. Door te bevestigen of de begrippen door de onderzoekers goed verwoord werden, zodat alle betrokkenen hetzelfde bedoelden en over hetzelfde spreken, is de validiteit gewaarborgd.

4. Resultaten

4.1 Leeswijzer

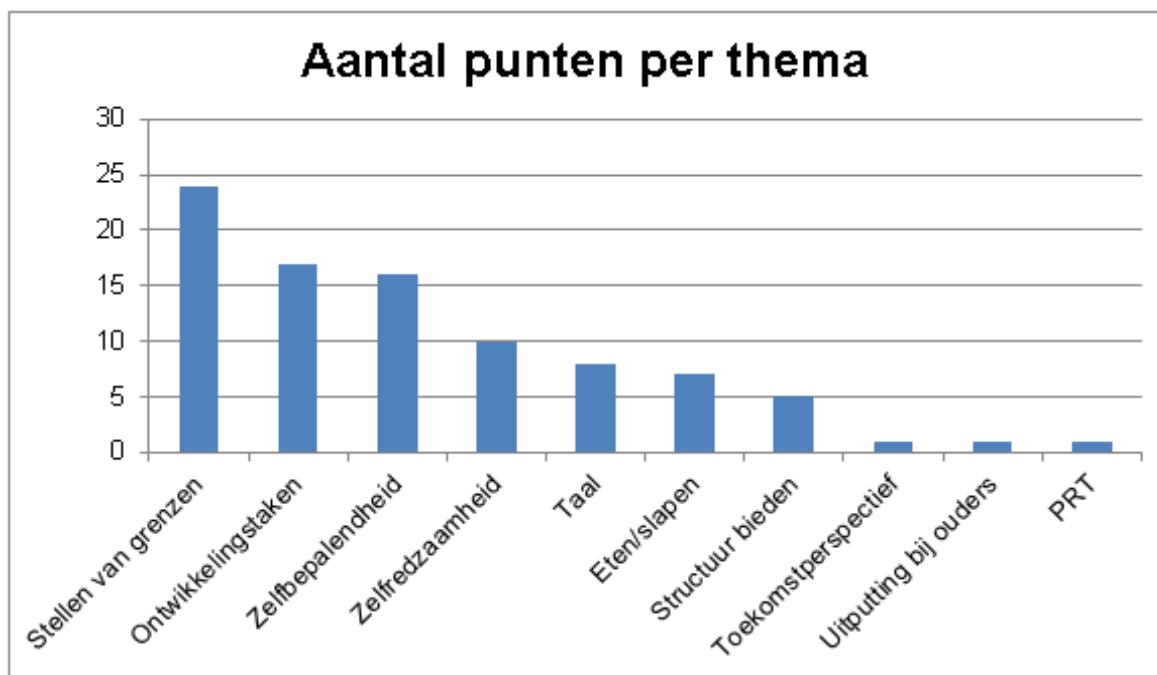
In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek per deelvraag beschreven.

4.2 Deelvraag 1

Wat zijn de tien meest voorkomende thema's op het gebied van alledaagse opvoedproblemen waar ouders hulp bij zoeken tijdens de huisbezoeken?

4.2.1 Brainstormsessie

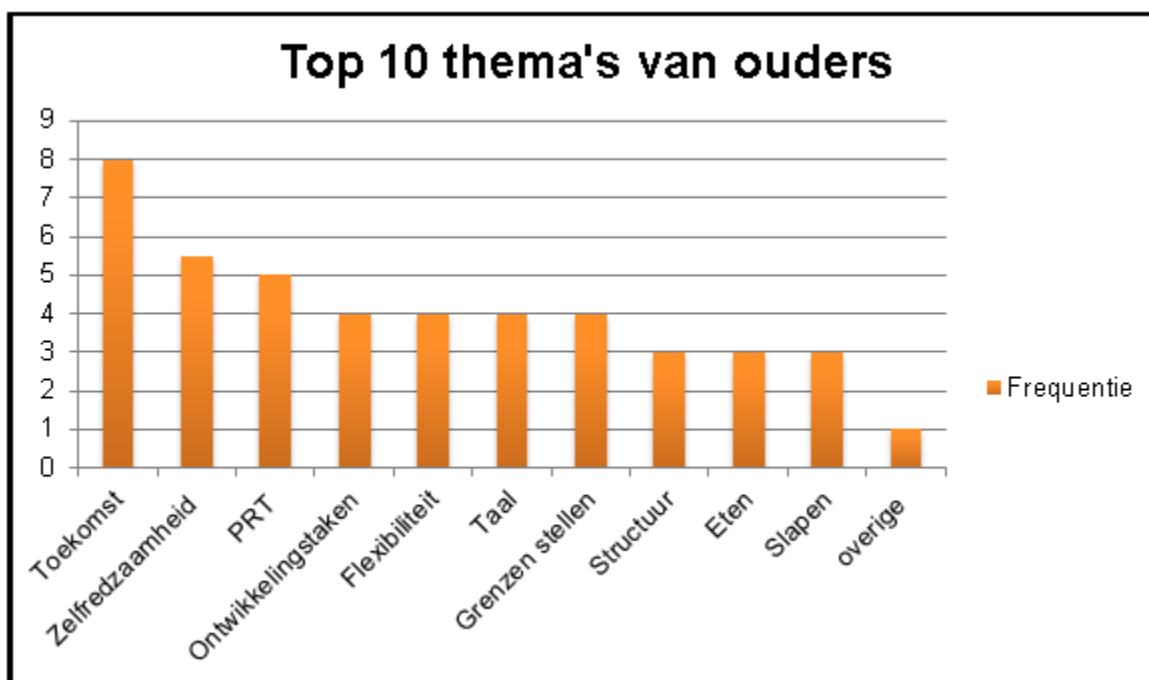
Uit de brainstormsessie en ordening van thema's blijkt dat binnen de gehele groep het 'stellen van grenzen' het meest genoemd werd. 'Ontwikkelingstaken' en 'zelfbepalendheid' worden daarna even vaak genoemd door de sociotherapeuten en blijken daarmee ook veel voorkomende thema's. De andere thema's volgen op gepaste afstand. In figuur 2 zie je de genoemde thema's in volgorde van belangrijkheid, aangegeven door de sociotherapeuten. Zie Databundel deel III voor een verdere uitwerking van de brainstormsessie.



Figuur 2: Thema's genoemd tijdens brainstormsessie in volgorde van belangrijkheid, aangegeven door sociotherapeuten

4.2.2 Vragenlijst ouders

Een van de vragen aan ouders was waar zij hulp bij kregen of bij zouden willen hebben. Ouders hebben daar een aantal antwoorden op gegeven die zijn geordend in een top 10. Het thema toekomstperspectief werd het vaakst genoemd door ouders. De thema's zelfredzaamheid en PRT werden ook regelmatig genoemd door ouders. De thema's structuur, eten en slapen werden het minst vaak genoemd. In figuur 3 zijn de genoemde thema's geordend op basis van frequentie.



Figuur 3: Thema's genoemd door ouders in vragenlijst op volgorde van frequentie

4.3 Deelvraag 2

Binnen welke kaders moet er door de sociotherapeuten gewerkt worden tijdens thuisbehandelingen?

4.3.1 Groepsdiscussie

Uit de groepsdiscussie kwam naar voren dat thema's zoals Pivotal Response Treatment, taal, emotieregulatie en structuur wel behoren tot de taken van de sociotherapeut en thema's zoals partnerrelatie, onderwijsadvies en onderlinge communicatie tussen ouders niet behoren tot de taken van de sociotherapeut. Zie Databundel deel V voor de uitwerking.

4.3.2 Intern onderzoek

4.3.2.1 Functie beschrijvingen

Zoals in 3.3.2 aangegeven zijn er in de loop van de tijd onduidelijkheden opgetreden tussen de kaders van de verschillende functies. Om deze reden is er gekozen om de kaders per functie nadrukkelijk op een rijtje te zetten bij het beantwoorden van deze deelvraag, middels de functiebeschrijvingen.

De taak van de **sociotherapeuten A & B** is het uitvoeren van een behandeling, training en begeleiding, met daarbij verzorging van patiënten. Verder leveren zij een bijdrage aan het opstellen van behandelplannen (Functiebeschrijving Sociotherapeut A, 2018) (Functiebeschrijving Sociotherapeut B, 2018). De sociotherapeut heeft dagelijks contact met patiënten en periodiek contact met ouders. Ook zorgen zij voor continuïteit op de begeleiding en training van ouders. Daarnaast is het de taak van de sociotherapeut om contact te houden met externe instanties die verbonden zijn aan de patiënt (Functiebeschrijving Sociotherapeut A, 2018) (Functiebeschrijving Sociotherapeut B, 2018).

De taak van de **gedragswetenschapper** is het opstellen van behandel- en werkplannen, het coördineren van de behandeling, het inhoudelijk coachen van direct uitvoerenden en het verrichten van diagnostisch onderzoek (Functiebeschrijving gedragswetenschapper, 2019). Dit houdt onder andere in dat zij contact onderhoudt met ouders/patiëntensysteem en de patiënt zelf. Ook heeft zij periodiek contact met trainers en therapeuten, om richtlijnen en begeleiding rondom de behandeling te geven (Functiebeschrijving gedragswetenschapper, 2019).

De taak van de **maatschappelijk werker** is het begeleiden van het gezinssysteem vanuit het standpunt of de hulpvraag van de patiënt (Functiebeschrijving Maatschappelijk Werker, 2019). De maatschappelijk werker vervult als ouderbegeleider de brugfunctie tussen het gezinssysteem, multidisciplinair behandelteam en externe instanties. Verder verricht zij gezinsdiagnostisch onderzoek bij patiënten en/of gezinssystemen. Ook begeleidt, ondersteunt en adviseert zij gezinssystemen in materiële¹² en immateriële¹³ zaken (Functiebeschrijving Maatschappelijk Werker, 2019).

De **psychiatrische gezinsbehandelaar autisme** (hierna: PGA'er) verzorgt ambulante gezinshulpverlening op basis van behandelplannen (Functiebeschrijving Psychiatrische Gezinsbehandelaar Autisme, 2019). PGA is gericht op het ontwikkelen van inzicht binnen het gezin in de problematiek van de patiënt met ASS, het vergroten van de vaardigheden van diverse gezinsleden welke nodig zijn om de patiënt in de thuissituatie zo goed mogelijk te laten functioneren. PGA'er vervult de brugfunctie tussen het gezinssysteem, multidisciplinair behandelteam en externe instanties. Aangezien de PGA'er de enige is van bovengenoemde

¹² Hulp in de vorm van: uitkeringen, faciliteiten, etc.

¹³ Psychosociale hulp

functies die niet deelneemt aan het millieuteam¹⁴, ontstaat een grotere afstand tussen PGA en de sociotherapeuten op de groep. Daarom is het voor de PGA'er van groot belang dat zij zorgt voor concrete verslaglegging.

4.4 Deelvraag 3

Wat hebben de sociotherapeuten nodig om eenduidig en gestructureerd thuisbehandeling uit te voeren?

4.4.1 Tevredenheidsonderzoek ouders

Vanuit de vragenlijst die naar ouders is gestuurd (zie Databundel deel IV) is gebleken dat alle respondenten steeds dezelfde sociotherapeut de huisbezoeken heeft uitgevoerd en er dus geen verschil tussen sociotherapeuten is ervaren.

Een kleine meerderheid van de respondenten (40%) gaf aan dat het voor hen aan het begin van de behandeling duidelijk is waaraan tijdens de huisbezoeken wordt gewerkt. Een aantal respondenten (20%) gaf aan het een beetje mee oneens te zijn.

Bij de vraag of er gewerkt wordt aan de doelen die ouders belangrijk vinden, gaf de meerderheid van de ouders (60%) aan het hier heel erg mee eens te zijn, 30% was het er een beetje mee eens.

Een grote meerderheid van de ouders (80%) ervaart voldoende ruimte tijdens de huisbezoeken om hun vragen of zorgen te uiten. De meerderheid van de ouders (40%) vindt dat de behandeling een hogere meerwaarde heeft in combinatie met huisbezoeken, opvallend is dat 20% van de ouders aangeeft het hier niet mee eens en niet mee oneens te zijn.

Ouders die aangeven niet te weten waar er tijdens een huisbezoek aan gewerkt wordt, zijn vergeleken met ouders die aangeven dat zij geen meerwaarde zien van de huisbezoeken. Hierbij bleken geen overeenkomsten te zijn.

Bij de ruimte voor ouders om op- of aanmerkingen te plaatsen, geeft een respondent aan: *“Om meer meerwaarde te krijgen moet het denk ik frequenter, maar dat wringt ook weer met draagkracht. Ik denk dat er bij de start van de behandeling (in ons geval dan) meer aandacht had kunnen zijn voor thuisbegeleiding. Een huisbezoek van een sociotherapeut is dan niet afdoende.”*

4.4.2 Groepsdiscussie

Uit de groepsdiscussie is gebleken dat de sociotherapeuten geen behoefte hebben aan nog meer invullijsten. Dit zou de werkdruk juist meer verhogen.

¹⁴ Interne vergadering waarbij aanwezig: sociotherapeuten, gedragswetenschappers, psychiaters en maatschappelijk werker

4.4.3 Enquête sociotherapeuten

Het coderen heeft geleid tot een aantal thema's, de drie meest genoemde thema's zijn 'invullijsten', 'eenduidigheid' en 'taakverdeling'.

In de enquête werd het thema 'invullijsten' 9 keer gevonden. Zo geven drie van de vijf sociotherapeuten aan dat een lijst in de vorm van een vragenlijst of afvinklijst helpend zou zijn en een vast overzicht geeft voor tijdens de thuisbehandelingen. Twee van de vijf sociotherapeuten geven echter ook aan dat een invullijst waarbij alle onderwerpen opnieuw aangekaart moeten worden voor een hogere werkdruk zal zorgen. Een sociotherapeut geeft aan: *“Wat niet helpend is, is als er nog meer invullijsten bijkomen!”*

Het thema 'eenduidigheid' werd in de enquête 6 keer gevonden. Een sociotherapeut geeft aan dat duidelijke afspraken, dezelfde werkwijze en informatie-uitwisselingen helpend zullen zijn bij het vergroten van de eenduidigheid, zij zegt hier over: *“Dat iedere sociotherapeut zich aan de gemaakte afspraken houdt, o.a. aan de invulling van de huisbezoeken. Nu is er teveel verschil”*. Twee andere sociotherapeuten geven hier aan dat het niet helpend is wanneer iedereen wat anders doet en er te vrije huisbezoeken ontstaan.

Het thema 'taakverdeling' werd in de enquête 3 keer gevonden. Een sociotherapeut geeft aan dat belangrijk is om een duidelijke taakafbakening te hebben, zij zegt hier over: *“Naast het werk wat er wordt gedaan, is het krijgen van (onverwachte) opdrachten vanuit de gedragswetenschapper niet helpend. Dit kan, mits er andere taken afgaan”*. Verder wordt er aangegeven dat de maatschappelijk werker meer betrokken kan zijn in het behandelproces en dat een taakverdeling bij de sociotherapeuten onderling ook helpend kan zijn.

Zie Databundel deel VI voor de uitwerking.

4.5 Overige resultaten

Informeel gesprekken

Tijdens het onderzoek heeft een aantal informele gesprekken plaatsgevonden tussen de onderzoekers en de sociotherapeuten. Uit een van deze gesprekken bleek dat de sociotherapeuten geen behoefte hadden aan nog een vragenlijst, omdat ze er al zoveel moeten invullen (persoonlijke mededeling, 1 april 2019). Een vragenlijst zou volgens hen deels dubbel werk worden en deels te veel tijd in beslag nemen om in te vullen. Het doel van dit onderzoek was om de werkdruk te verminderen. Een vragenlijst kan mogelijk averechts werken.

5. Conclusie, discussie & evaluatie

In dit hoofdstuk worden er aan de hand van de resultaten van het onderzoek en de eerdere praktijk- en literatuurstudie conclusies getrokken. Er wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag: “Hoe kan er meer structuur en eenduidigheid gecreëerd worden voor de thuisbehandelingen van de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis, om deze zo effectief en efficiënt mogelijk te maken?”.

Naast de conclusie wordt er aandacht besteed aan de beperkingen van het onderzoek in de discussieparagraaf. Er wordt teruggekeken en het gehele onderzoek wordt geëvalueerd. Er worden aanbevelingen gedaan voor de organisatie en suggesties gegeven voor vervolgonderzoek.

5.1 Conclusie & discussie

Het Dr. Leo Kannerhuis gaat uit van systeembenadering. Door middel van huisbezoeken, die vijf jaar geleden zijn opgezet, wordt het systeem van de kinderen op de vroegbehandeling bij de behandeling betrokken. Uit het onderzoek is gebleken dat er nog veel onduidelijkheid heerst rondom de invulling van de huisbezoeken voor zowel de sociotherapeuten als voor ouders. Hierdoor wordt er geen tot weinig eenduidigheid ervaren op de vroegbehandeling. Daarbij hebben sociotherapeuten kaders nodig waarmee duidelijk wordt of zij ouders al dan niet kunnen helpen. Uit het intern onderzoek komt naar voren dat er wel kaders zijn met betrekking tot welke taken tot welke functie horen. Echter, deze kaders zijn niet voldoende bekend bij de sociotherapeuten en ouders. Hierdoor krijgen zij meer taken op zich dan nodig en ervaren zij daardoor een verhoogde werkdruk. Om meer eenduidigheid te krijgen binnen de vroegbehandeling is een vaste handleiding voor huisbezoeken nodig, waarbij alle sociotherapeuten dezelfde stappen volgen. Ook is het van belang voor sociotherapeuten om te weten of zij onderling hetzelfde te werk gaan.

Door handleidingen te maken wordt er gewerkt aan een gewenst resultaat, wat zorgt voor efficiëntie (Ernst, 2017). Door middel van taakafbakening en kaders wordt de rolduidelijkheid per hulpverlener helder. Hierdoor weten hulpverleners wat zij moeten doen en wat er van hen verwacht wordt, wat de effectiviteit vergroot (Heezen, 2013). Ook de efficiëntie vergroot wanneer er duidelijke taakafbakening en kaders zijn, op deze manier zal de samenwerking tussen verschillende hulpverleners soepel verlopen (Mancini, 2009). Wanneer de taakafbakening helder is en de medewerkers effect zien van hun handelen, zal de betrokkenheid van de medewerkers vergroten (Fokkink, 2010). Wanneer de betrokkenheid vergroot, zal ook de productiviteit en daarmee dus ook de effectiviteit van de behandeling vergroten (Heezen, 2017). Verder wordt ook door duidelijke taakafbakening en het naleven hiervan de kwaliteitszorg geborgd (Foendoe Aubèl, 2014).

Er zijn belangrijke thema's met betrekking tot de thuisbehandelingen naar voren gekomen. Zo bleek bij de sociotherapeuten dat er veel vraag is rondom de thema's 'stellen van grenzen', 'ontwikkelingstaken' en 'zelfbepalendheid'. Deze thema's vallen binnen het takenpakket van de sociotherapeuten. Ook zijn de sociotherapeuten opgeleid om vragen rondom deze thema's te beantwoorden en de thema's te behandelen aan de hand van hun theoretische kennis. Door het inzetten van hun theoretische kennis kunnen de sociotherapeuten de ouders op een effectieve en efficiënte manier helpen met bovenstaande thema's.

Bij ouders bleek dat er veel vraag is naar de thema's 'toekomstperspectief', 'zelfredzaamheid' en 'PRT'. Het thema 'toekomstperspectief' valt niet binnen het takenpakket van de sociotherapeuten. Wanneer het voor de sociotherapeuten duidelijk is naar wie zij vragen rondom dit thema moeten doorverwijzen, kunnen zij ouders op een effectievere manier helpen. Wanneer ouders bij de juiste hulpverlener hun vragen rondom 'toekomstperspectief' kunnen stellen zullen ouders ook efficiënter geholpen kunnen worden dan wanneer zij deze vragen stellen aan een sociotherapeut die geen volledig antwoord kan geven.

Concluderend, tussen ouders en de sociotherapeuten verschillen de perspectieven rondom top 10 van de thema's, die voorkomen op de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis, weinig. In de thema's staat de hulp bij opvoeden centraal, maar ook PRT en het toekomstperspectief van de patiënten zijn belangrijke thema's tijdens de huisbezoeken. Door op een effectieve manier door kunnen verwijzen, van thema's die niet binnen het takenpakket van de sociotherapeuten vallen, zullen ouders efficiënter geholpen kunnen worden.

Tijdens het onderzoek naar de thema's die door zowel ouders als sociotherapeuten als belangrijk ervaren werden, is aan ouders en sociotherapeuten een verschillende vraag gesteld. Aan de sociotherapeuten is de vraag gesteld welke thema's zij het meest tegenkomen tijdens de huisbezoeken. Aan ouders is de vraag gesteld bij welke thema's zij hulp willen of al krijgen. Mogelijk is dit de oorzaak voor het verschil in de top 10 van ouders en sociotherapeuten.

Vanuit de groepsdiscussie kan geconcludeerd worden dat de werkkaders van de sociotherapeuten wel helder zijn, maar niet op papier staan wat zorgt voor een gevoel van onduidelijkheid. Ook kan geconcludeerd worden dat vragen rondom opvoedkundige thema's zoals 'taal', 'stellen van grenzen' en 'PRT' wel behoren binnen de kaders van de sociotherapeut. Vragen die niet te maken hebben met de opvoeding van de patiënt, behoren daarom niet tot het takenpakket van de sociotherapeut en zullen daarom beantwoord moeten worden door andere professionals zoals een maatschappelijk werker of een gedragswetenschapper.

Vanuit de functiebeschrijvingen wordt bovenstaande conclusie bevestigd. Zo is het de taak van de gedragswetenschapper om de behandeling te coördineren en hier naar ouders duidelijkheid naar te scheppen. Het is de taak van de maatschappelijk werker om het gezinssysteem te begeleiden en het gezin te ondersteunen in materiële en immateriële zaken zoals uitkeringen, faciliteiten en psychosociale hulp. De taak van de PGA'er is om ambulante gezinshulpverlening te bieden naast de semi-residentiële zorg die wordt geboden bij de vroegbehandeling en zich te richten op het vergroten van de vaardigheden van diverse gezinsleden. De taak van de sociotherapeuten is om begeleiding en verzorging te bieden aan de patiënten, waarbij de patiënt centraal staat. Hieruit kan wederom geconcludeerd worden dat de sociotherapeut zich richt op de opvoedkundige thema's die direct betrekking hebben op de patiënten, waarbij alle overige thema's behoren tot de PGA'er, maatschappelijk werker of gedragswetenschapper. Halverwege het onderzoek werden de onderzoekers geïnformeerd met een parallelonderzoek rondom de taakafbakening van de hulpverleners van de vroegbehandeling. Vanuit dit parallelonderzoek zal een beslisboom ontstaan waarbij het overzichtelijk en duidelijk wordt welke thema's bij welke hulpverlener behoren. Door het gebruiken van een beslisboom kunnen ouders op een snellere en effectievere manier doorverwezen worden naar de juiste hulpverlener en zullen zij bij de juiste hulpverlener efficiënter geholpen kunnen worden.

Niet alleen de sociotherapeuten van de vroegbehandeling hebben baat bij concreet opgestelde werkkaders, ook alle andere professionals binnen het Dr. Leo Kannerhuis zullen baat hebben bij taakafbakening. Zo zullen er duidelijke richtlijnen zijn met betrekking tot wie voor welke vraag verantwoordelijk is, waardoor er tijdig doorverwezen kan worden naar de juiste professional. Dit zal werkdruk verlagend zijn.

Vanuit de resultaten kan geconcludeerd worden dat er behoefte is aan een specifieke taakafbakening. Tijdens de groepsdiscussie werd door een sociotherapeut geopperd een beslisboom te maken met betrekking tot de taakverdeling. Zij heeft dit verder opgepakt, omdat zij voorheen werkzaam is geweest als maatschappelijk werker en op dit moment als sociotherapeut beter weet wat deze kaders zijn. Om deze reden is er gekozen om het product niet te richten op de taakafbakening, maar op een andere vorm van structuurbevordering.

Uit het tevredenheidsonderzoek voor ouders kan worden geconcludeerd dat er voor ouders aan het begin van de behandeling nog te onduidelijk is waar aan gewerkt gaat worden tijdens de thuisbehandeling, daarnaast zien niet alle ouders de meerwaarde in van de huisbezoeken. Janssen (2015) geeft hier over aan dat het van belang is dat interventies duidelijk meetbare, concrete werkdoelen hebben, waarbij rekening wordt gehouden met de verschillende behoeften en leerstijlen van ouders. Desalniettemin wordt er wel voldoende

gehoor gegeven aan de vragen en zorgen van ouders en wordt er gewerkt aan de doelen die ouders belangrijk vinden. Doordat ouders werken aan concrete doelen, wordt duidelijk wat de opbrengst zal worden van de behandeling. Dit zorgt voor een hogere motivatie van ouders, meer motivatie resulteert in meer effectiviteit (Fokkink, 2010).

Uit de resultaten van de enquête die naar de sociotherapeuten is gestuurd, werden de vermoedens dat er geen behoefte was aan nieuwe vragenlijsten, maar wel behoefte was aan een afvinklijst en structuur, bevestigd. Nieuwe vragenlijsten zouden de werkdruk verhogen en extra werk opleveren. Een afvinklijst zou ervoor kunnen zorgen dat thema's niet overgeslagen of vergeten worden (Hermus, 2019). Op deze manier worden de behoeften aan meer eenduidigheid en structuur tijdens de thuisbehandelingen vervuld.

Voorafgaand aan en tijdens het onderzoek was de opdrachtgever al bezig met een handleiding voor de thuisbehandelingen. Janssen (2015) geeft hier over aan dat het belangrijk is om de uit te voeren stappen vast te leggen in een handleiding, zodat de kwaliteit beter wordt gegarandeerd. De vraag van de opdrachtgever aan de onderzoekers was om een bijdrage te leveren rondom de structuur tijdens de observatieperiode. De onderzoekers hebben onderzocht welk hulpmiddel het best passend leek op dit onderdeel. Vanuit de analyse-interviews en de groepsdiscussie kwam naar voren dat de vraag naar structuur groot is. Zoals eerder aangegeven zal structuur helpend zijn voor de sociotherapeuten, zodat zij weten wat er van hun verwacht wordt tijdens de thuisbehandeling. Zo zal de effectiviteit vergroten (Heezen, 2013).

Als antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat het voor de sociotherapeuten van de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis te Arnhem belangrijk is dat er houvast gecreëerd wordt in de vorm van een product waar op terug te vallen is, waarmee voor de sociotherapeuten duidelijk wordt welke thema's frequent voorkomen en binnen welke kaders zij mogen werken. Bovenstaande staat nog niet zwart op wit waardoor het gevoel van onduidelijkheid en variatie onderling heerst. Dit geeft Regieraad Kwaliteit van Zorg (2011, p.9) ook aan, zij zeggen: "De richtlijnen zijn vooral een hulpmiddel bij het nemen van beslissingen en het maken van keuzen in de praktijk". Ook Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (2019, p.1) geeft aan: "Richtlijnen worden vooral geschreven om de variatie in handelen tussen zorgverleners te verminderen en transparanter te kunnen werken". Wanneer de sociotherapeuten duidelijker beeld en houvast hebben over de invulling van de thuisbehandeling, zal dit voor ouders wellicht ook meer duidelijkheid creëren.

Wanneer de sociotherapeuten eenduidig en gestructureerd te werk gaan zullen de thuisbehandelingen effectiever worden. De sociotherapeuten weten vanaf het begin waaraan gewerkt gaat worden en wat er belangrijk is. Daardoor wordt het voor ouders mogelijk duidelijker wat de bedoeling is van thuisbehandeling en wat daarin de taak is van de sociotherapeut. Zo weten ouders waarvoor zij al dan niet terecht kunnen bij de sociotherapeut. Door de beslisboom kan de sociotherapeut ouders aangeven bij wie zij eventueel terecht kunnen wanneer het buiten het takenpakket van de sociotherapeut valt. Dit verlaagt de werkdruk voor de sociotherapeuten en de onduidelijkheid voor ouders.

Wanneer de behandeling voor zowel ouders als sociotherapeuten duidelijk is, kan en zal er sneller aan het uiteindelijke doel van de behandeling gewerkt worden. Zo worden cliënten, in dit geval de kinderen, efficiënter geholpen. Wanneer zij efficiënter worden geholpen kunnen zij sneller (terug) naar school, wat bevorderend is voor hun ontwikkeling.

Hoe kan er meer structuur en eenduidigheid gecreëerd worden voor de thuisbehandelingen van de vroegbehandeling van het Dr. Leo Kannerhuis, om deze zo effectief en efficiënt mogelijk te maken? Als antwoord op de hoofdvraag kan geconcludeerd worden dat het duidelijk afbakenen van functies zorgt voor meer structuur en effectiviteit in het doorverwijzen van vragen naar de juiste hulpverlener, waardoor er efficiënter behandeld kan worden. Verder kan er geconcludeerd worden dat er behoefte is aan een afvinklijst voor houvast tijdens de thuisbehandelingen. Deze afvinklijst zal er voor zorgen dat belangrijke thema's direct besproken worden, waardoor er gerichtere doelen opgesteld kunnen worden. Dit zal de effectiviteit van de behandeling vergroten.

5.2 Evaluatie

In dit onderzoek is door de onderzoekers gewerkt aan draagvlak door aanwezigheid op vaste dagen op de praktijkplek en met de buitenspeel-pauzes in contact te zijn met de sociotherapeuten. Door het vergrote draagvlak zijn de resultaten van het onderzoek min of meer valide. Ook is op deze manier een vertrouwensband opgebouwd tussen onderzoekers en sociotherapeuten. Tijdens het onderzoek is een vragenlijst aan ouders gestuurd. Deze is via de sociotherapeuten naar ouders gestuurd. Op deze manier zal het gevoel van vertrouwen vanuit ouders richting de vragenlijst zijn vergroot. Ook zal het draagvlak van ouders vergroot zijn. Dit komt doordat ouders nauw samenwerken met de sociotherapeuten en daardoor waarschijnlijk goed vertrouwen hebben in de sociotherapeuten, in tegenstelling tot onderzoekers die zij niet hebben gezien of kennen. Verder zijn de groepsdiscussie, brainstormsessie en de analyse-interviews met de sociotherapeuten tijdig gepland in overleg met de sociotherapeut A, waardoor alle sociotherapeuten aanwezig konden zijn. Alle gemaakte afspraken zijn door zowel de onderzoekers als de sociotherapeuten nagekomen,

wat een indicatie is van een positief draagvlak. Dit resulteerde in een positieve samenwerking. Doordat alle sociotherapeuten actief deelnamen aan het onderzoek is de representativiteit en daarmee de betrouwbaarheid gewaarborgd.

Voor de enquêtes, brainstormsessie en groepsdiscussie is tijd uitgetrokken. Vanuit een positief draagvlak is er voldoende input gegeven. Tijdens de brainstormsessie en groepsdiscussie is door de onderzoekers gecontroleerd of zij begrepen wat er gezegd en daadwerkelijk bedoeld werd, door middel van bevestiging en uitdieping van grote begrippen. Door te bevestigen dat iedereen hetzelfde bedoelde is de validiteit gewaarborgd.

Het verkregen respons van 59% bij de vragenlijsten naar ouders is voldoende hoog om te komen tot betrouwbare en representatieve resultaten. In de vragenlijsten zijn geen persoonsgegevens gevraagd en is aangegeven dat de lijst enkel bij de onderzoekers terecht kwam. Dit heeft mogelijk gezorgd voor minder sociaal wenselijke antwoorden en meer betrouwbare antwoorden waar de ouders gezegd hebben wat ze echt vinden. Door het verhoogde aantal respondenten en betrouwbare gegevens zijn de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek gewaarborgd.

De enquête die aan de sociotherapeuten is gestuurd bevatte twee open vragen. Deze enquêtes zijn door alle sociotherapeuten ingevuld. Er werden geen persoonsgegevens gevraagd en daarnaast werd aangegeven dat alleen de onderzoekers de antwoorden te zien kregen. Dit heeft mogelijk gezorgd voor minder sociaalwenselijke antwoorden en meer antwoorden waar de sociotherapeuten daadwerkelijk achter staan, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek waarborgt. Deze enquêtes zijn individueel gecodeerd door beide onderzoekers. De coderingen van beide onderzoekers zijn met elkaar vergeleken en kwamen grotendeels overeen. Vanuit daar is afgestemd welke coderingen gebruikt werden. Dit heeft de betrouwbaarheid van het onderzoek gewaarborgd.

Een van de onderzoekers is werkzaam binnen de kinderkliniek van het Dr. Leo Kannerhuis en heeft stage gelopen op de vroegbehandeling en is bekend bij de sociotherapeuten. Het is niet bekend of dit van invloed is geweest op de beantwoording van de enquêtevragen of de betrouwbaarheid van de resultaten.

Doordat de sociotherapeuten haar kennen, bestaat de kans dat de sociotherapeuten in de enquête en het analyse-interview een afgevlakte of genuanceerdere mening hebben gegeven. Hierdoor kan het zijn dat de resultaten minder valide zijn. Echter, de kans bestaat dat dit er voor gezorgd heeft dat de sociotherapeuten dieper op hun antwoorden in zijn gegaan, doordat de onderzoeker bekend is met de collega's, organisatie en manier van werken en zich daarom goed kan inleven in de situatie.

5.3 Aanbevelingen

Vanuit de literatuurstudie komt naar voren dat eenduidigheid tussen medewerkers zorgt voor effectiviteit en efficiëntie binnen een organisatie. Daarnaast blijkt dat door middel van het gezamenlijk bekijken van opnames van de thuisbehandelingen, sociotherapeuten zich bewust worden van de verschillen in onderlinge communicatie.

- **Intervisie bijeenkomsten**

Om meer eenduidigheid tussen de sociotherapeuten onderling te creëren zouden er intervisiemomenten ingepland kunnen worden om met de sociotherapeuten van alle groepen te bespreken hoe bepaalde dingen moeten worden aangepakt.

- **Opnames thuisbehandeling**

Om sociotherapeuten meer bewust te maken van de onderlinge verschillen kunnen opnames gemaakt worden van hun behandelingen. Deze kunnen vervolgens in groepsverband, zoals millieuteam of intervisiebijeenkomsten, bekeken en besproken worden.

Vervolgonderzoek

Om het onderzoek verder uit te diepen zou er onderzocht kunnen worden naar de invulling van de thuisbehandelingen vanuit het volledige behandelcentrum kinderen van het Dr. Leo Kannerhuis.

- **Invulling thuisbehandelingen**

Er kan gekeken worden naar de opzet per huisbezoek, waarbij eveneens wordt gekeken naar welke thema's per doelgroep of gehele kinderkliniek veelvoorkomend zijn. Door het onderzoek zullen de thuisbehandelingen over de gehele kinderkliniek efficiënter en effectiever ingevuld kunnen worden, in plaats van alleen bij de vroegbehandeling. Dit zal er voor zorgen dat de cliënten efficiënter en effectiever behandeld kunnen worden, waardoor de behandeling wellicht minder lang hoeft te duren.

- **Eenduidigheid sociotherapeuten**

Op andere groepen zijn eveneens verschillen tussen sociotherapeuten onderling en waarschijnlijk ook tussen hun werkwijze en aanpak. Er kan onderzoek gedaan worden naar het vergroten van eenduidigheid tussen de sociotherapeuten met betrekking tot de kinderkliniek in het algemeen. Naar aanleiding van dit onderzoek zullen de sociotherapeuten eenduidiger de behandeling kunnen uitvoeren, wat er voor zal zorgen dat de behandeling effectiever ingezet kan worden.

- **Perspectief ouders**

Voor deze doelgroep geldt dezelfde vraag: ervaren ouders meerwaarde van de thuisbehandelingen? Er kan onderzocht worden wat er verbeterd of veranderd moet worden om huisbezoeken voor ouders effectiever en efficiënter te maken. Dit onderdeel kan ook verder uitgediept worden op de vroegbehandeling.

6. Literatuur

Beleidsdocument: *Draaiboek TOP-behandelingproject versie 1* (2013). Arnhem: Dr. Leo Kannerhuis

Beleidsdocument: *Functiebeschrijving Gedragwetenschapper* (2019). Doorwerth: Dr. Leo Kannerhuis

Beleidsdocument: *Functiebeschrijving Maatschappelijk Werker* (2019). Doorwerth: Dr. Leo Kannerhuis

Beleidsdocument: *Functiebeschrijving Psychiatrisch Gezinsbehandelaar Autisme (PGA)*(2019). Doorwerth: Dr. Leo Kannerhuis

Beleidsdocument: *Functiebeschrijving Sociotherapeut A* (2018). Doorwerth: Dr. Leo Kannerhuis

Beleidsdocument: *Functiebeschrijving Sociotherapeut B* (2018). Doorwerth: Dr. Leo Kannerhuis

Beleidsdocument: *Opzetten TIP behandeling* (2015). Arnhem: Dr. Leo Kannerhuis

Beleidsdocument: *Opzet TOP project* (2013). Arnhem: Dr. Leo Kannerhuis

Bolt, A. (2015). *Gezin centraal (8^e druk)*. Amsterdam: SWP

Brouwers, H. (2010). *Kiezen voor het jonge kind*. Bussum: Uitgeverij Coutinho

Donk, C, van der & Lanen, B, van (2015). *Praktijkgericht onderzoek in Zorg en Welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho

Dorsey, M. F. & Waldvogel, J. (2019). *What is Applied Behavior Analysis?* Geraadpleegd op 12 februari 2019, van <https://www.appliedbehavioranalysisedu.org/what-is-aba/>

Dr. Leo Kannerhuis (2012). *LLA: Leer- Leefvoorziening voor jongeren met ASS*.

Geraadpleegd op 15 februari 2019, van <http://docplayer.nl/2317820-Lla-leer-leefvoorziening-voor-jongeren-met-ass.html>

Dr. Leo Kannerhuis (2017). *Stagiaire TIP/TOP* (Vacature). Arnhem: auteur

Dr. Leo Kannerhuis (2016). *Jaarverslag Dr. Leo Kannerhuis 2016*. Geraadpleegd op 15 februari 2019, van <https://docplayer.nl/61749011-Jaarverslag-dr-leo-kannerhuis-2016.html>

Dr. Leo Kannerhuis (2019). *Over ons*. Geraadpleegd op 12 februari 2019, van <https://www.leokannerhuis.nl/over-ons>

Encyclo (2019). *Kwaliteitszorg*. Geraadpleegd op 28 februari 2019, van <https://www.encyclo.nl/begrip/Kwaliteitszorg>

Ernst, M. (2017). *Stop met controleren, dan vergroot je de efficiëntie*. Geraadpleegd op 27 mei 2019, van <https://www.mt.nl/columns/mark-ernst/stop-alles-controleren-dan-vergroot-efficiëntie/534256>

Foendoe Aubèl, G. (2014). *Kwaliteitszorg*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers

- Fokkink, E. (2010). *Medewerkers in de zorg, hun roepin gen de verzakelijking: werkt dat?*. Geraadpleegd op 27 mei 2019, van https://essay.utwente.nl/60461/1/MSc_Fokkink,_E..pdf
- Gemeente Arnhem (2014). *De transitie naar een veerkrachtig Arnhem*. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van http://www.apcg.nl/wp-content/uploads/2017/07/beleidsplan_jeugd_wmo_2015_2016e4cc.pdf
- Härkönen, U. (2007). *The Bronfenbrenner ecological systems theory of human development*. Scientific articles of V international conference PERSON.COLOR.NATURE.MUSIC, 17(21). Geraadpleegd op 20 februari 2019, van http://www.oppi.uef.fi/wanda/users/uharkone/tuotoksia/Bronfenbrenner_in_%20English_07_sent.pdf
- Heezen, G. (2013). *Wat is rolduidelijkheid?*. Geraadpleegd op 27 mei 2019, van <https://www.effectory.nl/kennis/themas/wat-is-rolduidelijkheid/>
- Heezen, G. (2017). *Wat is betrokkenheid?*. Geraadpleegd op 27 mei 2019, van <https://www.effectory.nl/kennis/themas/wat-is-betrokkenheid/>
- Hermus, J. (2019). *Wekelijkse Checklist voor veel meer effectiviteit*. Geraadpleegd op 27 mei 2019, van <https://sochicken.nl/wekelijkse-checklist>
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (2019). *HAN*. Geraadpleegd op 10 maart 2019, van <https://www.han.nl/>
- Huskens, B. & Didden, R. (Reds.). (2015). *Applied behavior analysis bij kinderen en adolescenten met autisme: een inleiding voor ouders, begeleiders en leerkrachten*. Arnhem: CCD uitgevers.
- Janssen, H. (2015). *Samen opvoeden*. Bussum: Uitgeverij Coutinho
- Koegel, R. L. & Kern Koegel, L. (2012). *Pivotal Response Treatment*. Huizen: Pica Uitgeverij
- Lanting, B. B. B. (2013). *Aanbod tot huisbezoek: 'An offer you can't refuse!'*. TRA: Tijdschrift recht en arbeid, 5(4), 30-32. . Geraadpleegd op 17 februari 2019 van <http://stcproxy.han.nl/han/hanquest/search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsnar&AN=edsnar.oai.tilburguniversity.edu.publications.8f95b150.5e03.46aa.b23a.23ded9abaa39&lang=nl&site=eds-live&scope=site>
- NJI (2019). *Jeugdwet*. Geraadpleegd op 27 februari 2019, van: <https://www.nji.nl/Jeugdwet>
- Mancini, S. (2009). *Hoe gaan we efficiënter werken?*. Geraadpleegd op 27 mei 2019, van <https://www.effectory.nl/kennis/blog/hoe-gaan-we-efficiënter-werken/>
- Messing, C., & Bouma, G. (2011). Invoering passend onderwijs: Een complexe en ingrijpende operatie. *JeugdenCo Kennis*, 24-34
- Movisie (2015). *Transitie jeugdzorg: een overzicht*. Geraadpleegd op 25 februari 2019, van <https://www.movisie.nl/artikel/transitie-jeugdzorg-overzicht>

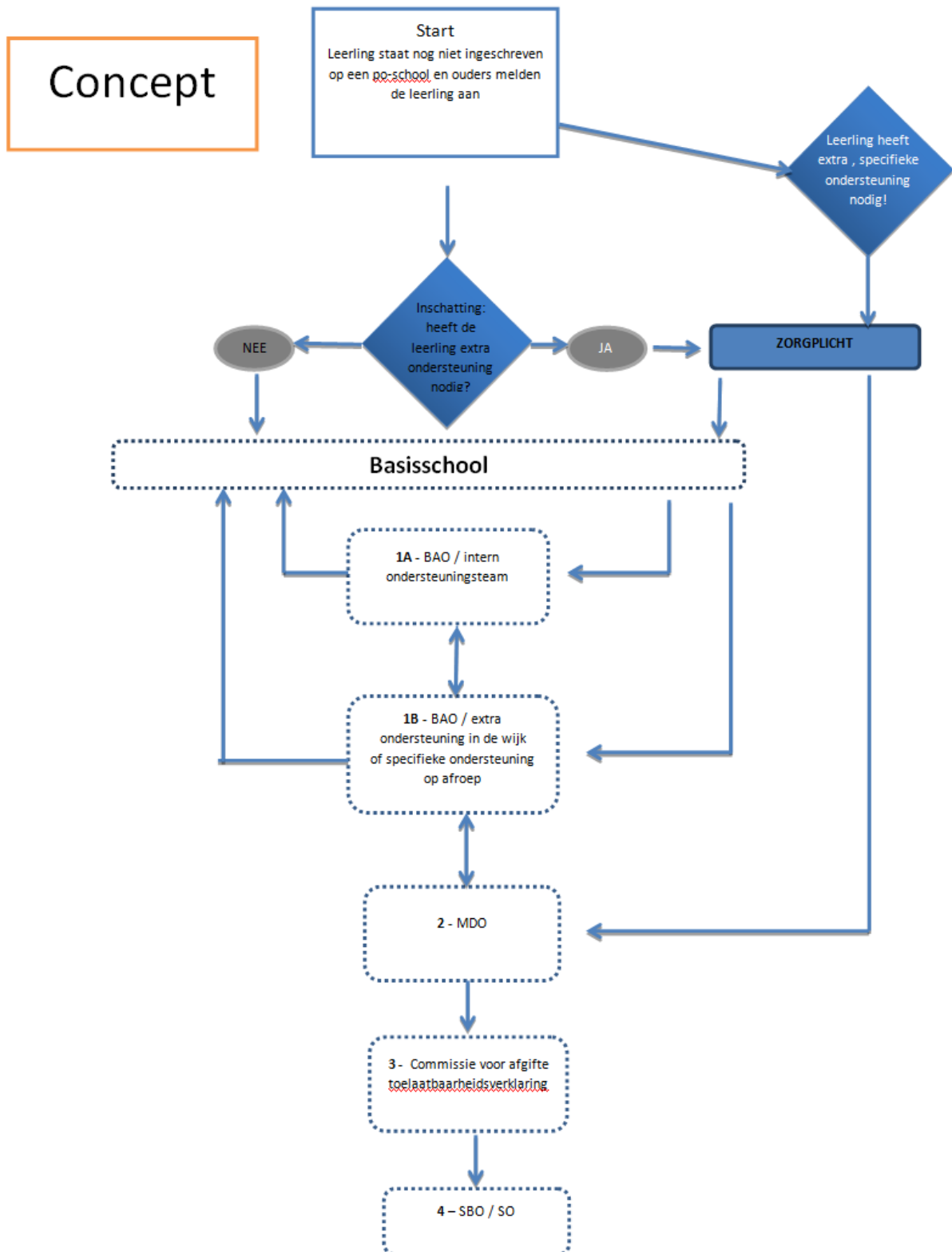
- ProgressToGo (2016). *Alle neuzen dezelfde kant op? 2 redenen waarom dat jammer is*. Geraadpleegd op 3 mei 2019, van <https://progresstogo.nl/teamcoaching/alle-neuzen-dezelfde-kant-op-2-redenen-waarom-dat-jammer-is/>
- Regieraad Kwaliteit en Zorg (2011). *Richtlijn voor Richtlijnen*. Geraadpleegd op 3 mei 2019, van <https://www.oncoline.nl/uploaded/docs/Draaiboek%20sep%202011/Richtlijn%20voor%20Richtlijnen%20herziene%20versie.pdf>
- Reiss, R. (z.d.). *Profileren en missie*. Geraadpleegd op 15 februari 2019, van <http://www.autismegelderland.nl/groups/dr-leo-kannerhuis-2055539750/home/>
- Rijksoverheid (2014). *Plan van aanpak passend onderwijs 2014-2020*. Geraadpleegd op 1 maart 2019 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs/documenten/rapporten/2014/06/18/plan-van-aanpak-passend-onderwijs-2014-2020>
- Rogers, S.J., Dawson, J. (2010). *Early Start Denver Model Curriculum Checklist for Young Children with Autism*. Geraadpleegd op 13 februari 2019, van https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=bwNlw0u8TfEC&oi=fnd&pg=PA3&dq=ESDM+%22checklist%22&ots=e-SqJPCp6c&sig=LNtZJ5foCfLb3EKfjFBbtG3vX_8#v=onepage&q=checklist&f=false
- Rugzakkinderen (z.d.). *Wat is LGF?*. Geraadpleegd op 1 maart 2019, van <http://www.rugzakkinderen.nl/lgf-leerlinggebonden-financiering/>
- Schuermans, I. (2014). *Professionele eenduidigheid bij interventies op gedragsvraagstukken* (Masterthese). Geraadpleegd op 15 maart 2019, van <https://surfsharekit.nl/dl/fontys/9640257d-7005-43fd-9f02-e776b89cc384/26d56149-6a92-4d7c-88d8-28f57ca267cc>
- Sundberg, L. (z.d.). *VB-MAPP*. Geraadpleegd op 13 februari 2019, van <http://www.marksundberg.com/vb-mapp.htm>
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (2019). *Richtlijnen*. Geraadpleegd op 3 mei 2019, van <https://www.venvn.nl/Themas/Richtlijnen-en-protocollen/Richtlijnen>
- Versluis, V. L. (2017). *Zelfregie bij het jonge kind* (Stageverslag). Pedagogiek. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
- Versluis, V. L. (2018). *Plan van aanpak: de verantwoording* (Stageverslag). Pedagogiek. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
- VNG (2016). *WMO protocol huisbezoeken*. Geraadpleegd op 17 februari 2019, van https://vng.nl/files/vng/publicaties/2016/wmo-protocol-huisbezoeken_20160212.pdf
- Youz (z.d.). *Hoe gaat het met je?* Geraadpleegd op 10 maart 2019, van <https://www.youz.nl/>

7. Bijlagen

Bijlage I: Afkortingen uitgewerkt

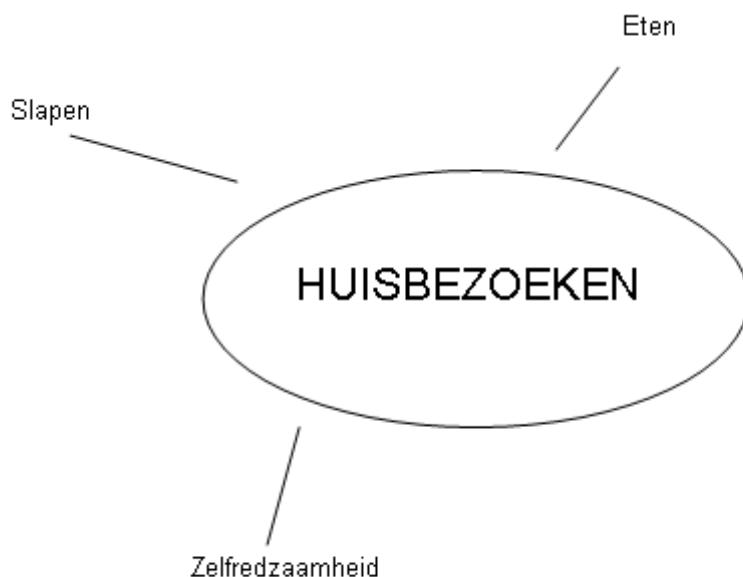
Afkorting	Betekenis
ASS	Autisme Spectrum Stoornis
TIP	Therapeutische Interventie Peuters
TOP	Training Onderwijs Programma
VIKing	Vroegtijdige Interventie Kleuters
ABA	Applied Behavioural Analysis
PRT	Pivotal Response Treatment
ESDM	Early Start Denver Model
VB-MAPP	Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program
MDO	Multi Disciplinair Overleg
PGA	Psychiatrische Gezinsbegeleiding Autisme
IAG	Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding
MW	Maatschappelijk Werker

Bijlage II: Passend onderwijs stroomdiagram



Bijlage III: Opzet Brainstormsessie

- Flap-over: Mindmap met in het midden 'huisbezoeken' en voorbeelden van thema's hier om heen
- Alle ST's krijgen een stift en de taak om op de flap-over op te schrijven welke thema's zij tegen komen / behandelen tijdens huisbezoeken.
- Alle ST's krijgen de taak om subthema's te schrijven bij de thema's die er al staan en opgeschreven worden
- Aan de hand van de opgeschreven (sub-)thema's maakt iedere ST een top drie van de thema's die voor haar de hoogste frequentie heeft.
- De top 3 wordt gescoord aan de hand van een puntentelling, deze luidt: Het thema dat op nummer 1 staat, krijgt 5 punten. Het thema dat op nummer 2 staat, krijgt 3 punten. Het thema dat op nummer 3 staat, krijgt 1 punt.
- Vanuit dit resultaat wordt er een algemene top 10 gemaakt.



Bijlage IV: Vragenlijst opzet

Onderzoek tevredenheid huisbezoek

Beste ouders van de TIP/TOP,

Vanaf februari 2019 doen wij, Laura Bruins & Vibeke Versluis, onderzoek naar de huisbezoeken van de TIP/TOP. Dit onderzoek is een afstudeeronderzoek van HBO Pedagogiek (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen).

De vragenlijst bestaat uit 8 vragen en zal ongeveer **3 minuten** duren.

De resultaten zullen anoniem verwerkt worden en zullen alleen bij ons terecht komen. De sociotherapeuten krijgen de antwoorden niet te zien.

De vragenlijst gaat over hoe u als ouder/verzorger de huisbezoeken ervaart. De vragenlijst hoort bij ons onderzoek. Dit houdt in dat wij niet kunnen garanderen dat aan alle wensen wordt voldaan.

Door het invullen van deze vragenlijst, draagt u bij aan de verbetering van de huisbezoeken.

Alvast bedankt voor uw tijd.

Met vriendelijke groet,

Laura Bruins & Vibeke Versluis

* 1. In welke groep zit uw kind?

- TIP
- TOP1 (Anne marie & Agatha)
- TOP2 (Ans & Marleen)

* 2. Bij welke thema's krijgt u hulp of zou u hulp willen?

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zelfverzorging (hoe leer ik mijn kind zichzelf te wassen, aan te kleden, etc.) | <input type="checkbox"/> PRT (hoe zet ik thuis PRT in) |
| <input type="checkbox"/> Grenzen stellen (hoe stel ik op een juiste manier grenzen voor mijn kind) | <input type="checkbox"/> Taal (hoe gebruik ik taal richting mijn kind) |
| <input type="checkbox"/> Ontwikkelingstaken (is de groei/ontwikkeling van mijn kind passend bij een ander kind met autisme, in dezelfde leeftijd) | <input type="checkbox"/> Flexibiliteit (mijn kind vindt het lastig als het niet op zijn/haar manier gaat, hoe ga ik hier mee om) |
| <input type="checkbox"/> Zindelijkheid (hoe help ik mijn kind zindelijk te worden) | <input type="checkbox"/> Eten (hoe ga ik om met het eetgedrag van mijn kind) |
| <input type="checkbox"/> Taal (hoe help ik mijn kind om beter te praten) | <input type="checkbox"/> Structuur bieden (hoe gebruik ik picto's, een vast dagritme, voorbespreken van de dag, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Toekomst (naar welke plek/school kan mijn kind na de TIP/TOP) | <input type="checkbox"/> Slapen (hoe ga ik om met het slaapgedrag van mijn kind, hoe leer ik mijn kind in eigen bed te slapen) |
| <input type="checkbox"/> Overige (leg uit of geef een voorbeeld) | |

* 3. Zijn er verschillende sociotherapeuten op huisbezoek geweest?

- Nee, het is steeds dezelfde sociotherapeut
- Ja, er zijn verschillende sociotherapeuten geweest

* 4. Heeft u verschil gemerkt tussen de sociotherapeuten?

- Niet van toepassing
- Nee
- Ja, want

* 5. Ik vind dat aan het begin van de behandeling duidelijk is waar tijdens de huisbezoeken aan wordt gewerkt

Heel erg mee eens	Een beetje mee eens	Niet mee eens, niet mee oneens	Een beetje mee oneens	Heel erg mee oneens	Geen mening
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 6. Er wordt gewerkt aan de doelen die ik belangrijk vind

Heel erg mee eens	Een beetje mee eens	Niet mee eens, niet mee oneens	Een beetje mee oneens	Heel erg mee oneens	Geen mening
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 7. Ik vind dat ik genoeg ruimte krijg om mijn vragen/zorgen te uiten tijdens de huisbezoeken

Heel erg mee eens	Een beetje mee eens	Niet mee eens, niet mee oneens	Een beetje mee oneens	Heel erg mee oneens	Geen mening
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 8. Ik vind dat de behandeling beter werkt met huisbezoeken

Heel erg mee eens	Een beetje mee eens	Niet mee eens, niet mee oneens	Een beetje mee oneens	Heel erg mee oneens	Geen mening
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Heeft u nog opmerkingen? Dan kunt u die hier onder kwijt

Hartelijk bedankt voor het invullen! Druk op 'gereed' om af te ronden.

OK

Gereed

Bijlage V: Enquête sociotherapeuten opzet

Enquête Sociotherapeuten Vroegbehandeling

Beste sociotherapeuten,

Naar aanleiding van het onderzoek en de brainstormsessie die plaats heeft gevonden hebben wij nog twee vragen aan jullie met betrekking tot jullie wensen t.a.z. van het mogelijke product dat uit het onderzoek zal ontstaan.

Zoals eerder verteld werken wij naar een product toe om te gebruiken tijdens de observatieperiode van de huisbezoeken. Dit om zowel jullie werkdruk (in verband met te weinig tijd) te verminderen als efficiëntie van deze periode te verbeteren. Deze vragen gaan over het eventuele product waar wij uiteindelijk naar toe zullen werken.

Eerder is er bijvoorbeeld sprake geweest van een vragenlijst. Mogelijk hebben jullie andere ideeën, lijkt een nieuwe/ gecombineerde vragenlijst perfect of kijken jullie daar juist tegenop. Wij hopen dit via deze enquête verder uit te diepen.

Jouw mening is van belang! Wees zo open, eerlijk en kritisch mogelijk. De enquête zal anoniem ingevuld worden en daarom alleen voor ons te zien zijn.

Alvast bedankt voor het invullen!

Met vriendelijke groeten,

Vibeke Versluis & Laura Bruins

OK

* 1. Wat zal jou helpen om de observatieperiode meer structuur te geven? Noem een of meerdere ideeën. Licht kort toe waarom jij denkt dat dit idee jou prettig lijkt.

* 2. Wat zal jou absoluut niet helpen? Licht kort toe.

Inleveren