



FIT en de therapeutische relatie bij jongeren met autisme spectrum stoornis

Een onderzoek naar de invloed van FIT op de beleving van de therapeutische relatie bij jongeren met een autisme spectrum stoornis

Opdrachtgever: Jeugd GGZ Twente

Begeleiders Jeugd GGZ Twente: Lian Mannessen

Begeleiders Saxion: Aniek Lentferink en Miranda Klomparends

Opleiding: Bachelor opleiding Toegepaste Psychologie

Hogeschool: Saxion te Deventer

Opgesteld door: Manouk Vaneker

Studentnummer: 2433959

Voorwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd naar aanleiding van het scriptie traject binnen de bacheloropleiding Toegepaste Psychologie.

De opdrachtgever van dit onderzoek is Jeugd GGZ Twente. Binnen Jeugd GGZ Twente is er vanuit de directie gestart met het implementeren van FIT binnen de verschillende teams. Hun doel is om van FIT een project te maken binnen elk team van Jeugd GGZ Twente.

Het inzetten van FIT binnen Jeugd GGZ Twente is de aanleiding tot het uitvoeren van dit onderzoek. Voorafgaand aan het onderzoek wil ik mijn begeleidster binnen Jeugd GGZ Twente, Lian Mannessen, en mijn eerste en tweede begeleidsters binnen Saxion, Aniek Lentferink en Miranda Klomparends, bedanken voor de ondersteuning en begeleiding.

Samenvatting

Onder de doelgroep jongeren met een autisme spectrum stoornis (ASS) ervaart Jeugd GGZ Twente een groot aantal cliënten die vroegtijdig stoppen met de behandeling. Dit heeft negatieve gevolgen voor de cliënt en behandelaar en brengt onnodige kosten met zich mee. De kwaliteit van de therapeutische relatie speelt een belangrijke rol bij cliënten die vroegtijdig stoppen met een behandeling. Jeugd GGZ Twente wil de therapeutische relatie onder jongeren met ASS verbeteren door de inzet van het programma FIT (feedback informed treatment). Dit is een programma die elke sessie de voortgang van de behandeling monitort en zich grotendeels richt op het verbeteren van de therapeutische relatie. Echter verloopt de relatievorming bij mensen met ASS anders. Dit komt omdat ze een beperkt empathisch vermogen hebben en problemen ervaren rondom de communicatieve en sociale vaardigheden. De hoofdvraag van Jeugd GGZ Twente is dan ook in welke mate FIT effect heeft op de therapeutische relatie bij jongeren met ASS, en op welke manier dit ingezet kan worden. Jeugd GGZ Twente wil doormiddel van FIT voorkomen dat jongeren met ASS vroegtijdig stoppen met de behandeling. Om hier antwoord op te kunnen geven is er een mixed methodes onderzoek uitgevoerd. Voor de kwantitatieve dataverzameling is er voor en na de inzet van FIT een vragenlijst afgenomen die de kwaliteit van de therapeutische relatie meet onder de cliënten met ASS. Vervolgens is er een interview afgenomen bij de cliënten om er achter te kunnen komen in welke mate FIT heeft gezorgd voor deze veranderingen. Naast de zes cliënten zijn ook de twee behandelaren van de jongeren geïnterviewd om ook vanuit een ander perspectief informatie te krijgen over de invloed van FIT op de therapeutische relatie. Uit de resultaten van de vragenlijsten blijkt dat de therapeutische relatie niet significant is veranderd na het werken met FIT. Dit komt overeen met de resultaten uit de interviews met de cliënten en de behandelaren. Wel vertellen de behandelaren tijdens de interviews dat de uitkomsten uit FIT zorgen voor meer sturing binnen de onderwerpen die besproken worden tijdens de behandelingen en ze ook kritischer moeten kijken naar hun eigen handelen. De behandelaren geven ook aan dat FIT niet volledig aansluit op de doelgroep door hun beperkte empathisch vermogen en communicatieve problemen. De aanbevelingen voor de praktijk zijn gericht op aanpassingen die Jeugd GGZ Twente kan maken tijdens het werken met FIT onder jongeren met ASS. Bijvoorbeeld het concreter naar voren laten komen wat het doel is van de opdrachten tijdens de behandelsessie zodat de cliënten de vragen uit FIT over behandeldoelen makkelijker kunnen beantwoorden. Daarnaast wordt het aangeraden om te werken met tablets aangezien FIT hier sneller op werkt dan op laptops. Zo blijft er meer tijd over voor het bespreken van de uitkomsten met de cliënten. Het wordt aangeraden om meer onderzoek te doen naar hoe de therapeutische relatie werkt onder mensen met een ASS en welke rol de therapeutische relatie speelt op het behandel-effect bij deze doelgroep.

Inhoud

1. Inleiding.....	4
1.1 Aanleiding.....	4
1.2 Onderzoeksvragen.....	6
1.3 Doelstelling van het onderzoek	6
2. Theoretisch kader	7
2.1 Feedback Informed Treatment en de effectiviteit hiervan.....	7
2.2 Aspecten van de therapeutische relatie	8
2.3 Kenmerken van ASS, en de invloed hiervan op de drie aspecten van een therapeutische relatie volgens Bordin, 1979	9
2.4 Het invullen en bespreken van FIT bij jongeren met ASS in groepsverband	10
2.5 Verwachtingen.....	10
3. Onderzoeksdesign	14
3.1 Onderzoeksmethode	14
3.2 Onderzoeksdoelgroep	15
3.3 Onderzoeksinstrument, procedure en ethische verantwoording	15
3.4 Analyse	18
4. resultaten	19
4.1 Uitvoering en respons van het onderzoek.....	19
4.2 Resultaten WAV-12 voor en na meting	19
4.3 Ervaring met het werken met FIT	21
4.4 De affectieve band.....	22
4.5 De behandeldoelen en behandeltaken	23
5. conclusie, discussie en aanbevelingen	25
5.1 Conclusie	25
5.2 Discussie	27
5.3 Aanbevelingen voor de praktijk.....	29
Bibliografie	31
Bijlage 1. ORS voor kinderen (CORS).....	34
Bijlage 2. SRS voor kinderen (CSRS)	35
Bijlage 3. Voorbeeld grafiek ORS en SRS.....	36
Bijlage 4. WAV-12 Vragenlijst	37
Bijlage 5. Bief naar ouders van respondenten voor toestemming.....	39
Bijlage 6. Afgenomen vragenlijst bij respondenten	40
Bijlage 7. Interview schema cliënten	43
Bijlage 8. Interviewschema behandelaren.....	46
Bijlage 9. codeboom	49

1. Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de aanleiding voor dit onderzoek. Hiermee zijn de te onderzoeken deelvragen en hoofdvraag opgesteld. Als laatst wordt de organisatie Jeugd GGZ Twente beschreven evenals het doel van dit onderzoek.

1.1 Aanleiding

Tijdens behandelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn er veel cliënten die vroegtijdig stoppen met de behandeling. Zij worden ook wel 'drop-outs' genoemd. Het percentage kinderen en adolescenten die vroegtijdig stoppen met hun behandeling binnen de GGZ ligt tussen de 28 tot 85% (Garcia & Weisz, 2002). Drop-outs zijn verantwoordelijk voor 60-70% van de uitgaven van het health care systeem (Miller, 2011). Ook voor cliënten zorgt vroegtijdig stoppen met een behandeling voor negatieve gevolgen. Uitval kan voor teleurstelling zorgen bij de cliënt. Wanneer cliënten te vroeg stoppen met een behandeling kunnen ze niet optimaal profiteren van de hulpverlening. Het kan bijvoorbeeld zijn dat zij hun behandeldoelen niet halen of dat hun klachten niet verminderen. Het niet halen van behandeldoelen en geen klachten vermindering kunnen daarnaast ook de reden zijn dat cliënten te vroeg stoppen met een behandeling. Een andere belangrijke reden voor het vroegtijdig stoppen met een behandeling kan zijn dat de therapeutische relatie niet goed is (Björk et al., 2009).

Jeugd GGZ Twente merkt dat er veel drop-outs zijn onder jongeren met een autisme spectrum stoornis (ASS) die bij hen onder behandeling zijn. Dit zorgt er voor dat deze cliënten niet profiteren van de behandeling en dat er teleurstelling ontstaat bij zowel de cliënten als de behandelaren. Daarnaast brengen deze drop-outs onnodige kosten met zich mee. Jeugd GGZ Twente geeft aan dat veel behandelaren moeite hebben met het opbouwen van een goede therapeutische relatie bij jongeren met ASS. De therapeutische relatie is een van de belangrijkste factoren die invloed heeft op het effect van een behandeling en op het aantal drop-outs binnen de GGZ (Vandereyken et al., (2006). De therapeutische relatie is dan ook een factor waar Jeugd GGZ Twente winst op wil behalen om te zorgen voor minder drop-outs en voor het aanbieden van effectievere behandelingen aan jongeren met ASS.

Bordin (1979) omschrijft de therapeutische relatie als de kwaliteit van de relatie tussen een cliënt en een behandelaar. De therapeutische relatie bestaat volgens hem uit drie aspecten:

- 1) De affectieve band tussen de behandelaar en de cliënt. Dit gaat over het emotionele aspect van de therapeutische relatie.
- 2) De overeenstemming over de behandeldoelen. Dit betreft de doelen waar tijdens de therapie naartoe wordt gewerkt.
- 3) De overeenstemming over de behandeltaken. Dit heeft betrekking op de mate waarin de cliënt en de behandelaar het eens zijn met de activiteiten binnen de behandeling om de behandeldoelen te bereiken.

Bij het ontwikkelen van een affectieve band binnen de therapeutische relatie speelt het empathische vermogen een belangrijke rol (McDonald & Messinger, 2011; Allemand et al., 2015). Het empathische vermogen is het vermogen om je in de beleving en-gevoelswereld van een ander te kunnen verplaatsen (Hebbrecht et al., 2018). Bij mensen met ASS is het opbouwen van een affectieve band moeilijker omdat bij hen het empathische vermogen grotendeels ontbreekt (Baron-Cohen, Golan & Ashwin, 2009). Daarnaast ervaren veel mensen met ASS verschillende communicatieve problemen (American Psychiatric Association, 2013). Terwijl goede communicatieve vaardigheden juist nodig zijn bij de overeenstemming over de aspecten de behandeldoelen en behandeltaken binnen de therapeutische relatie (Polaschek & Ross, 2010).

Een effectieve manier om de therapeutische relatie te verbeteren is shared decision making (Westermann & Maurer, 2015). Towle (1999) omschrijft shared decision making als: “Een proces waarin de behandelaar en de cliënt samen een keuze maken over een behandeling. Cliënten willen zich gehoord voelen en betrokken worden in het besluitvormingsproces”. Een manier om shared decision making toe te passen is door het inzetten van feedback programma’s die de voortgang van behandelingen monitoren en zich voor een groot deel richten op de therapeutische relatie. Door dit te monitoren kunnen behandelaars sneller opmerken wanneer de kwaliteit van de therapeutische relatie niet goed is, en hier samen met de cliënt aan werken (Lambert, 2010; Miller et al., 2004). Het monitoren van behandelingen en de therapeutische relatie leidt tot de volgende positieve effecten: bij minder cliënten verslechteren klachten, en bij meer cliënten verbeteren klachten. Dit positieve effect zorgt voor minder drop-outs binnen de GGZ (Lambert et al., 2003).

Een feedback instrument dat de afgelopen jaren in Nederland steeds vaker wordt gebruikt is de ROM (Routine Outcome Management). Hierbij beantwoordt de cliënt gedurende de behandeling steeds dezelfde vragen over zijn/haar klachten en functioneren. Vervolgens krijgt de behandelaar hier een overzicht van in de vorm van een grafiek. Het doel van de ROM is om op tijd te herkennen wanneer de behandeling van een cliënt niet voor voldoende klachtenvermindering zorgt (de Jong et al., 2017). Door samen over de feedback te communiceren kan er gewerkt worden aan een goede therapeutische relatie waarin ruimte is voor de mening van de cliënt over de klachten en de behandeling. Hierdoor ontstaat er ruimte voor binding tussen de cliënt en behandelaar (Littell, Alexander, & Reynolds, 2001).

Het feedback instrument dat Jeugd GGZ Twente in wil zetten onder jongeren met ASS voor het verbeteren van de therapeutische relatie is FIT (feedback informed treatment). FIT is een soortgelijk feedback instrument als de ROM. FIT bevat een vragenlijst die wordt ingevuld door de cliënt aan het begin van elke behandelsessie (de ORS) en een vragenlijst die wordt ingevuld door de cliënt aan het eind van elke behandelsessie (de SRS). Deze uitkomsten worden net als bij de ROM voor de behandelaar weergegeven in een grafiek (zie bijlage 3). De uitkomsten moedigen cliënt en behandelaar aan om problemen binnen de therapie op te sporen en bespreekbaar te maken om zo de therapeutische relatie te verbeteren. Net als de ROM richt FIT zich niet uitsluitend op de therapeutische relatie maar ook op het bijhouden van de voortgang van de behandelingen (Duncan et al, 2003).

Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd die aantonen dat feedback instrumenten zoals de ROM en FIT een positieve bijdrage levert op de therapeutische relatie en de behandelresultaten (Manessen, 2019., Addink & Lekkerkerk, 2014). Alleen zijn deze onderzoeken niet uitgevoerd onder cliënten met ASS. Wellicht werken de feedback instrumenten anders bij deze doelgroep aangezien de communicatie en relatievorming bij mensen met ASS anders verloopt. Jeugd GGZ Twente wil doormiddel van dit onderzoek te weten komen in welke mate FIT invloed heeft op de therapeutische relatie bij jongeren met ASS. Uit de resultaten van dit onderzoek komt naar voren in hoeverre FIT een geschikt instrument is voor het verbeteren van de therapeutische relatie bij mensen met ASS, en op welke manier FIT het beste ingezet kan worden bij deze doelgroep. Hiermee kan Jeugd GGZ Twente een keuze maken of ze met FIT gaan werken onder de jongeren met ASS. Met de inzet van FIT wil Jeugd GGZ Twente de therapeutische relatie verbeteren om zo drop-outs te verminderen en efficiëntere behandelingen aan te bieden aan jongeren met ASS.

1.2 Onderzoeksvragen

De hoofdvraag voor dit onderzoek is:

'In welke mate en op welke manier levert het werken met FIT een bijdrage aan de therapeutische relatie van patiënten met een autisme spectrum stoornis met een leeftijd tussen de 12 en 17 jaar bij Jeugd GGZ Twente?'

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- *In welke mate heeft het werken met FIT effect op het aspect 'de affectieve band' van de therapeutische relatie bij jongeren met een autisme spectrum stoornis?*
- *In welke mate heeft het werken met FIT effect op het aspect 'de behandeltaken' van de therapeutische relatie bij jongeren met een autisme spectrum stoornis?*
- *In welke mate heeft het werken met FIT effect op het aspect 'de behandeldoelen' van de therapeutische relatie bij jongeren met een autisme spectrum stoornis?*
- *Wat is de ervaring van de cliënten en de behandelaren met het werken met FIT voor jongeren met een autisme spectrum stoornis?*

Met 'ervaring' wordt bedoeld: de betekenis die iemand geeft aan een situatie of gebeurtenis. Een ervaring is dus geen feit maar het is een oordeel dat iemand koppelt aan een situatie of gebeurtenis (Tongeren, 2012). In dit onderzoek gaat het om de ervaring met het werken met FIT. Er wordt gekeken naar hoe de cliënten het vonden om de vragen uit FIT die gericht zijn op de drie aspecten van de therapeutische in te vullen en te bespreken tijdens hun behandeling. Daarnaast wordt er onderzocht welk effect het werken met FIT heeft gehad op de drie aspecten van de therapeutische relatie.

1.3 Doelstelling van het onderzoek

Jeugd GGZ Twente ondersteunt kinderen en jongeren met psychiatrische problemen en hun omgeving. Ze ondersteunen bij het oplossen van problemen en het verkleinen van de gevolgen ervan in het dagelijks leven ([Over Jeugd GGZ Twente], z.d.). Op de locatie van Jeugd GGZ Twente in Albergen wordt elke dinsdag middag een groepsbehandeling aangeboden aan jongeren met ASS. Al deze jongeren hebben een normale intelligentie, ook wel hoog functionerende jongeren met ASS genoemd. De invulling van de groepsbehandeling richt zich voornamelijk op psycho-educatie. Daarnaast is een belangrijk element van de groepsbehandeling dat de jongeren elkaar kunnen ontmoeten. Zo kunnen ze verschillende eigenschappen en problemen in elkaar te herkennen, en kunnen ze elkaar helpen met problemen waar iemand tegenaan loopt. Een voorbeeld hiervan zijn problemen rondom de sociale vaardigheden. Naast dat het een groepsbehandeling is, werkt elke cliënt aan zijn eigen behandeldoelen ([Over Jeugd GGZ Twente], z.d.).

Binnen Jeugd GGZ Twente is het aantal drop-outs onder jongeren met ASS groot. Hierom wil Jeugd GGZ Twente doormiddel van het inzetten van FIT de therapeutische relatie bij jongeren met ASS verbeteren om drop-outs te voorkomen. Met dit onderzoek wordt er gekeken naar de mate waarop het werken met FIT invloed heeft op de therapeutische relatie bij jongeren met ASS, en op welke manier FIT hier invloed op heeft. Daarbij wordt er onderzoek gedaan naar de ervaring van cliënten met ASS met het werken met FIT. De resultaten van dit onderzoek geven aan hoe nuttig FIT is voor het verbeteren van de therapeutische relatie onder deze doelgroep en op welke manier FIT ingezet moet worden. Daarnaast krijgt Jeugd GGZ Twente duidelijkheid over waar eventuele knelpunten liggen tijdens het werken met FIT onder de jongeren met ASS. Hier kan Jeugd GGZ Twente rekening mee houden tijdens het werken met FIT. Jeugd GGZ Twente wil FIT inzetten voor snellere en efficiëntere behandeltrajecten waarbij meer cliënten met ASS profiteren van de behandeling en er minder drop-outs ontstaan.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt achtergrondinformatie gegeven over verschillende onderwerpen die belangrijk zijn voor dit onderzoek. Er wordt informatie gegeven over het programma FIT, de kenmerken van mensen met ASS en de invloed van deze kenmerken op de therapeutische relatie en op het werken met FIT. Als laatste zijn er drie verwachtingen opgesteld met een bijbehorend conceptueel model.

2.1 Feedback Informed Treatment, en de effectiviteit van FIT

FIT bevat twee vragenlijsten die gesprekken tussen de cliënt en behandelaar over de therapie op gang brengen, namelijk de ORS en SRS. De ORS bevat vier vragen over hoe het met de cliënt gaat op school, thuis, en hoe het over het algemeen gaat met de cliënt. De SRS bevat vier vragen over de tevredenheid over de behandelsessie, hoe goed de cliënt vindt dat er naar hem/haar geluisterd werd en over het werken aan de behandeldoelen en behandeltaken. Voor jeugdigen van acht tot twaalf jaar zijn er aangepaste vragenlijsten ontwikkeld. De Child Outcome Rating Scale (CORS) en Child Session Rating Scale (CSRS) (zie bijlage 1 en 2). De ORS en SRS zijn gebaseerd op de elementen van een therapeutische relatie volgens Bordin (1997) namelijk: de affectieve band, behandeldoelen en behandeltaken. De ORS en SRS worden elke therapiesessie ingevuld door de cliënt en de uitkomsten worden elke sessie samen met de behandelaar besproken. Er wordt dieper ingegaan op de antwoorden die gegeven zijn in de vragenlijsten. Wanneer er afwijkende scores uit de ORS/SRS komen bespreken de cliënt en de behandelaar wat hier de reden van is en hoe dit opgelost kan worden. Samen kunnen zij snel ontdekken waar knelpunten liggen binnen de behandeling en de therapeutische relatie. Dit geeft de hulpverlener informatie om zijn handelen gericht bij te sturen. De uitkomsten uit FIT helpen behandelaren bij:

- het bepalen wanneer de therapie niet effectief is
- het herkennen wanneer een cliënt achteruitgaat
- het waar nodig de behandeling of het behandelplan aanpassen
- het verbeteren van de therapeutische relatie.
- het doorverwijzen wanneer nodig (Croutzen, 2010)

De CORS en CSRS die ontwikkeld zijn voor de jeugd meten hetzelfde als de ORS/SRS voor volwassenen. De vragenlijsten zijn aangepast op de levensfase en het taalgebruik van kinderen. In de ORS voor volwassenen wordt er bijvoorbeeld gesproken over het Individueel, relationeel, sociaal en algemeen welbevinden van de cliënt. In de CORS voor kinderen wordt er gesproken over hoe het gaat met “mij”, op school, thuis en hoe alles bij elkaar gaat. In de vragenlijsten voor volwassenen moet er antwoord worden gegeven door een kruisje te zetten op een horizontale lijn. De vragenlijsten voor kinderen heeft aan de linker kant van de antwoordlijn een verdrietige smiley en aan de rechter kant een vrolijke smiley (Addink & Lekkerkerker 2014). Vervolgens wordt er van links naar rechts gemeten waar op de lijn het streepje of kruisje staat. De scores van elke lijn worden bij elkaar opgeteld: minimale score is 0, de maximale score is 40 (Croutzen, 2010). Figuur 1 geeft een voorbeeld vraag uit de CSRS weer.

Luisteren	
luisterde niet altijd naar me.	luisterde naar me.



Figuur 1. Voorbeeld vraag uit de SRS

Wanneer er twee ORS/SRS-scores met elkaar worden vergeleken zijn er twee punten van belang:

1. Wanneer vindt de vergelijking plaats: in het begin, tijdens of bij het afsluiten van de therapie? Hier moet één lijn in getrokken worden voor elke behandelsessie.
2. De hoeveelheid verandering.

Voor de CORS en CSRS zijn nog geen normen ontwikkeld. Hiervoor is er de 5 puntenregel. Een verschil van 5 punten op de CORS/CSRS geeft aan dat de verandering is dan groter dan toeval. De '5 puntenregel' houdt in dat er binnen de eerste en tweede of eerste en laatste sessie +5 punten verschil moet zijn. Dit betekent dat er een positieve verandering is binnen de behandeling op het welbevinden van de cliënt en de aspecten van de therapeutische relatie. Zijn er geen +5 punten verschil dan moeten de behandelaar en de cliënt in gesprek gaan over wat de reden is dat de cliënt niet voldoende vooruitgang boekt en hoe ze er voor kunnen zorgen dat dit wel gebeurt. De 5 puntenregel is een gemiddelde en daarom wat onnauwkeurig omdat er geen rekening met de beginscore wordt gehouden. Immers, bij een lage beginscore op de CORS/CSRS verwacht je een grotere verbetering dan en bij een hoge beginscore verwacht je een geringere verbetering (Croutzen, 2017).

Tussen de 35-65% van de cliënten ervaart een positieve verandering in de eerste zeven sessies tijdens het werken met FIT (Croutzen, 2017). Uit een onderzoek in Noorwegen blijkt dat FIT de effectiviteit van een behandeling met bijna 50% verhoogt (Anker, Duncan, & Sparks, 2009). Ook in de Verenigde Staten blijkt uit onderzoek dat door FIT de effectiviteit van de behandeling toeneemt, en er in minder sessies positieve resultaten worden bereikt (Reese, Norsworthy, & Rowlands, 2009). In een onderzoek van Mannessen (2019) geven behandelaren aan dat het evalueren van de therapeutische relatie met de cliënt bevorderend werkt voor het behandeltraject. De meeste medewerkers vertellen in een onderzoek van Addink en Lekkerkerk (2014) dat FIT bijdraagt aan een goede therapeutische relatie. FIT zorgt volgens hen voor meer openheid, een betere samenwerking en meer gelijkwaardigheid in de relatie.

2.2 De aspecten van een therapeutische relatie

De therapeutische relatie is de kwaliteit van de relatie tussen een cliënt en een behandelaar. Deze relatie bestaat uit de volgende drie aspecten volgens Bordin (1979): de affectieve band, de behandeldoelen en de behandeltaken. De affectieve band gaat over het emotionele aspect van de therapeutische relatie. Deze band bevat het wederzijds vertrouwen en empathie tussen de cliënt en behandelaar, en de mate waarin de cliënt zich gehoord, begrepen en gerespecteerd voelt door de behandelaar. De affectieve band wordt niet alleen gekenmerkt door positieve maar ook door negatieve gevoelens. Bij de aanwezigheid van negatieve gevoelens is het belangrijk dat de therapeut ze opmerkt en probeert deze bespreekbaar te maken. Het empathische vermogen speelt een belangrijke rol bij het opbouwen van deze band (Bordin, 1979). De behandeldoelen en behandeltaken verwijzen naar het belang van duidelijke, positieve doelen en bijpassende activiteiten tijdens de therapie. Hierover dient zoveel mogelijk overeenstemming te zijn tussen de cliënt en behandelaar, ondanks eventuele tegenstrijdige bevindingen over het belang van deze behandeldoelen en taken. Voor de overeenstemming over de behandeldoelen en behandeltaken zijn goede communicatieve vaardigheden nodig (Polaschek & Ross, 2010).

Er zijn ook cliëntkenmerken die invloed hebben op de kwaliteit van de therapeutische relatie. De bereidheid en de motivatie van de cliënt om actief aan de behandeling mee te werken is een van de beste voorspellers voor een goede therapeutische relatie en een goede behandeluitkomst (Cooper, 2008). Een positieve houding ten opzichte van de behandelaar staat in verband met de kwaliteit van de therapeutische relatie en het succes van de behandeling. Deze voorspeller zorgt voor meer dan 20% van de verandering binnen de behandeling (Cooper, 2008). Ook de relationele capaciteiten van cliënten hebben een impact op de ontwikkeling van de therapeutische relatie. Zo geven ervaringen betreft het opbouwen van relaties vanuit de kindertijd meer vorm aan de manier waarop een cliënt met de behandelaar omgaat. Bijvoorbeeld wanneer ouders van het kind veel ruzie maakten en weinig affectie toonden, kan dit een negatieve invloed hebben voor het opbouwen van een relatie met de behandelaar. Anderzijds wanneer het kind liefdevolle ouders heeft gehad met een gezonde relatie, kan dit positief werken voor het opbouwen van een therapeutische relatie (Gerretsen & Myers, 2008). Bohart et al. (2002) stellen dat behandelaren het moeilijker vinden om een goede

relatie op te bouwen met cliënten die erg gevoelig en achterdochtig zijn. Ook vijandigheid en desinteresse blijken negatieve voorspellers (Hill & Knox, 2009).

Naast de cliëntkenmerken zijn er verschillende behandelaarskenmerken die een rol spelen bij het opbouwen van een therapeutische relatie. Psychotherapie blijkt niet effectief wanneer de behandelaar geen warme empathische houding aan kan nemen ten opzichte van de cliënt. Een positieve voorspeller voor de kwaliteit van de therapeutische relatie is de oprechtheid van de behandelaar (Cooper, 2004). Hiermee wordt bedoeld dat de behandelaar eerlijk is, oprecht geïnteresseerd is in de cliënt en gemotiveerd is om de cliënt bij te staan tijdens de behandeling (Elliott & Freire, 2007). Uit een review van Ackerman & Hilsenroth (2003) over de impact van de behandelaarskenmerken op de therapeutische relatie, kwamen een aantal zaken naar voren. Zo blijkt dat het vertrouwen van de behandelaar in zichzelf en in het slagen van de behandeling positief is voor de opbouw van een goede therapeutische relatie. Andere factoren die een positieve bijdrage leveren voor een goede therapeutische relatie zijn: flexibiliteit, openheid, respect, non-verbaal gedrag zoals oogcontact of naar voren leunen, vriendelijkheid, consistente en duidelijke reacties, begrip en aanvaarding (Van Houdenhove, 2001). Negatieve voorspellers voor de kwaliteit van de therapeutische relatie zijn: rigiditeit, vooroordelen en een kritische of gespannen houding. Het delen van eigen ervaringen of persoonlijke informatie blijkt positief wanneer dit niet overmatig en enkel waar gepast gebeurt. Het is noodzakelijk dat de behandelaar hierbij professioneel blijft en het verhaal van de cliënt centraal blijft in de behandeling (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Cooper, 2004). Tot slot lijkt het ook belangrijk dat de therapeutische relatie tijdens therapie voortdurend geëvalueerd wordt. Zo kunnen eventuele problemen meteen bespreekbaar gemaakt worden (Hill & Knox, 2009).

Bij groepsbehandelingen spelen ook de kenmerken van een therapeutische relatie volgens Bordin (1979) een rol. De therapeutische relatie in een groepsbehandeling wordt gezien als de verbintenis tussen een cliënt, zijn groepsleden en de behandelaar. Ook wel de groepsdynamiek. Het wordt gezien als de relationele band van de groep in zijn geheel en niet alleen de relatie tussen cliënt en behandelaar. De behandeldoelen en -taken, omvatten de positieve werkrelatie in de groep. Dit houdt in; de bereidheid van cliënten om zich actief in te zetten tijdens de behandeling voor het behalen van hun afzonderlijke behandeldoelen. De band onder de cliënten speelt een belangrijke rol in het ontwikkelen van de groepsdynamiek. Deze is hoog wanneer groepsleden op een positieve en constructieve manier met elkaar en met de behandelaar omgaan (Baljon, 2009). De behandelaar bevordert dit proces in de groep zodat iedereen zich kan ontwikkelen en zodat de cliënten zich kunnen ontplooiën. Zo probeert de behandelaar de groepsdynamiek hoog te houden. Er kan dus een positieve dynamiek in de groep ontstaan, maar dit hoeft niet. Er kunnen bijvoorbeeld problematische leden in een groep zitten die een destructief effect hebben op de groepsdynamiek. Er kan een zondebok in de groep ontstaan of de groepsleden kunnen elkaar aansteken met negatief gedrag (Haans & Reijen, 2008).

2.3 Verschillende kenmerken van ASS, en de invloed hiervan op de therapeutische relatie

Bij mensen met ASS komt het vaak voor dat zij een opvallend disharmonisch intelligentieprofiel hebben. Zo scoren ze op verbale- en sociale intelligentie relatief laag, maar op visueel-ruimtelijke inzichttaken presteren ze sterk. Het disharmonische intelligentie profiel wordt veroorzaakt door de zwakke centrale coherentie in de informatieverwerking van mensen met ASS. Ze nemen elementen los van elkaar waar en komen moeilijk tot de waarneming van een samenhangend betekenisvol geheel (Aerts et al., 2002). Door gebrek aan verbeelding hebben mensen met ASS vaak een sterk visueel geheugen. Beelden maken begrippen concreet. Mensen met ASS hebben vaak een goed ontwikkeld lange termijn geheugen maar ervaren moeilijkheden wanneer het werkgeheugen moet worden aangesproken (Perrone, 2017). Ze hebben moeite om herinneringen boven te halen tenzij er

sprake is van een trigger zoals een geur, aanraking, patroon of een combinatie van geluid of woorden (Bogdashina, 2004). Een van opvallendste kenmerken van iemand met ASS zijn de sociale tekortkomingen. Ze laten bijvoorbeeld afwijkend sociaal gedrag zien dat varieert van in zichzelf verzonken zijn tot ongepast opdringerig gedrag. Kinderen met ASS ervaren moeilijkheden rondom sociaal contact en empathie. Ze hebben moeite met het plaatsen, herkennen en reageren op emotionele gezichtsexpressies van anderen. Het inlevingsvermogen ontbreekt grotendeels bij mensen met ASS (Baron-Cohen, Golan & Ashwin, 2009). Het empathische vermogen is juist een belangrijke voorwaarde voor het opbouwen van een affectieve band. Het empathische vermogen zocht er namelijk voor dat je je kunt inleven in de gevoels- en belevingswereld van iemand anders. Dit wordt ook wel het inlevingsvermogen genoemd (Hebbrecht et al., 2018). Verder ervaren mensen met ASS vaak problemen met de communicatieve vaardigheden. Ze ervaren moeilijkheden in de verbale en non-verbale communicatie. Sommigen spreken weinig en anderen juist veel. Maar het blijft vooral eenrichtingsverkeer. Mimiek en gebarentaal is voor hen moeilijk te begrijpen. Naast problemen met verbale en non-verbale communicatie hebben ze problemen met het verbeeldingsvermogen. Ze kunnen zich iets onvoldoende voorstellen en er betekenis aan geven. Het kan zich uiten in onvoldoende verbeelding, inlevingsvermogen of te veel fantasie. De koppeling van betekenis aan woorden is zeer moeilijk voor kinderen met ASS. Zij nemen woorden letterlijk en kunnen de betekenis van woorden niet uit een context opmaken (Vermeulen & Degrieck, 2007). Voor de overeenstemming over de behandeldoelen en behandeltaken zijn juist goede communicatieve vaardigheden nodig. Hierover dient zoveel mogelijk overeenstemming tussen de cliënt en behandelaar te zijn. (Polaschek & Ross, 2010).

2.4 Het invullen en bespreken van FIT bij jongeren met ASS in groepsverband

Tijdens het invullen van FIT zullen de jongeren met ASS wellicht problemen kunnen ondervinden. Door de problemen rondom de communicatieve vaardigheden van jongeren met ASS kunnen bepaalde vragen wellicht te abstract zijn voor deze cliënten. Hierdoor kunnen ze wellicht de betekenis niet uit de context opmaken waardoor ze de vragen anders invullen. Verder moeten de cliënten vragen beantwoorden over de affectieve band met de behandelaars. In verband met het onderontwikkeld empathisch vermogen kunnen ze deze vragen misschien minder goed beantwoorden. Tijdens het bespreken van FIT kunnen de communicatieve vaardigheden mogelijk voor dezelfde problemen zorgen als tijdens het invullen van FIT. Het kan zijn dat ze alles te letterlijk opvatten, non-verbale communicatie niet oppikken of dat ze bepaalde onderwerpen tijdens gesprekken niet goed uit de context kunnen opmaken. Ook het bespreken van de affectieve band wordt wellicht lastiger door het onderontwikkelde empathische vermogen en het geringe inlevingsvermogen.

De cliënten van dit onderzoek volgen een groepsbehandeling. Bij de cliënten in dit onderzoek worden de CORS en CSRS voor individuele behandelingen gebruikt. Er bestaat wel een versie van FIT voor groepsbehandelingen, alleen is deze nog niet beschikbaar binnen Jeugd GGZ Twente. In groepsverband kan FIT op dezelfde manier afgenomen worden als tijdens een individueel traject. De behandelaars roepen de cliënten bij zich om aan het begin van elke behandelsessie de CORS en aan het einde van elke behandelsessie de CSRS in te vullen. Tijdens individuele behandelingen wordt FIT elke behandelsessie besproken met de cliënt. Aangezien dit een groepsbehandeling is, is daar geen tijd voor. Om deze reden wordt er tijdens een groepsbehandeling gekeken naar sterke veranderingen in antwoorden van een cliënt, of naar cliënten die niet vooruitgaan tijdens de behandeling. Dit kan vervolgens met de cliënten worden besproken (Croutzen, 2010).

2.5 Voorwaarden voor het succesvol werken met interventies.

Uit onderzoeken blijkt dat interventies zoals de ROM en FIT een positief effect hebben op de behandelingen en de therapeutische relatie (Addink & Lekkerkerk, 2014; Manessen, 2019; Littell, Alexander, & Reynolds, 2001). Bij de effectiviteit van een interventie is de uitvoering van de

interventie van groot belang. Echter worden interventies in de praktijk nauwelijks op dezelfde manier uitgevoerd als waarop ze werden uitgevoerd tijdens de onderzoeken waarin ze als effectief naar voren kwamen (Van Yperen & Veerman, 2008). In experimentele onderzoeken wordt de werkzaamheid van een interventie namelijk vaak onder ideale omstandigheden gemeten, terwijl onder alledaagse omstandigheden de interventies niet altijd even effectief blijken te zijn (Landenburger & Lipsey, 2005). Er zijn verschillende oorzaken voor de tegenvallende resultaten in de praktijk, waaronder een onjuiste of niet volledige uitvoering van de interventie (Fagan et al., 2008). Daarnaast moet het duidelijk zijn voor welke doelgroep de interventie bedoeld is, om de interventie te laten aansluiten op de cliënt. Anders kan het zijn dat de interventie bij cliënten wordt uitgevoerd waarvoor deze helemaal niet geschikt is (Stals, 2012).

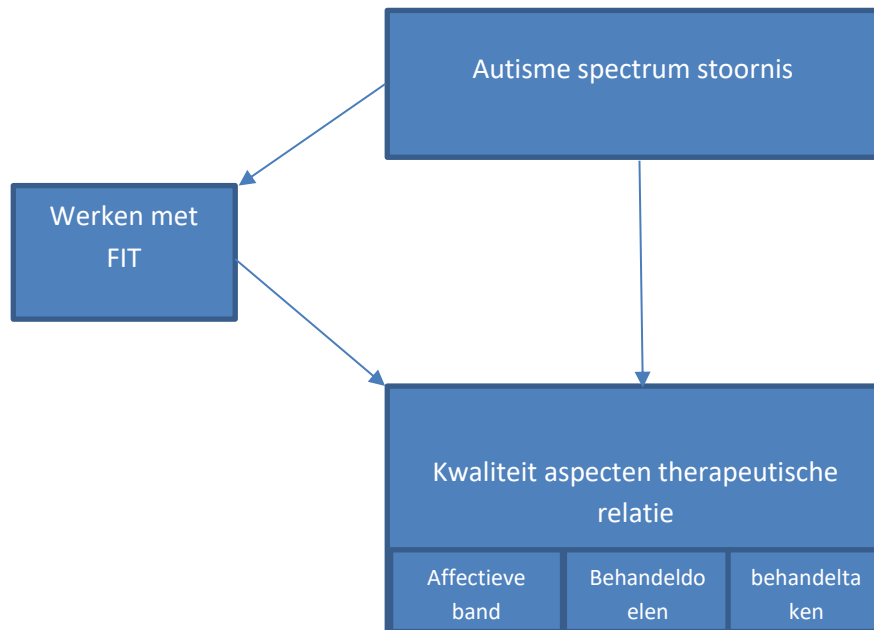
De effectiviteit van de interventie kan behouden worden door een hoge programma-integriteit. Dit betekent dat de interventie volgens de bijbehorende uitgangspunten en richtlijnen wordt uitgevoerd. Een helder programma en een juiste uitvoering heeft de volgende belangrijke voordelen volgens Chênevert & de Lange (2009):

- Het op de juiste manier uitvoeren van een interventie is een van de belangrijke factoren die bijdraagt aan de effectiviteit van interventies.
- Een programma dat op de juiste manier wordt uitgevoerd volgens biedt veel helderheid voor cliënten. Ze kunnen duidelijke informatie krijgen over wat er wanneer gebeurt en waarom. Daarnaast kan de instelling zich verantwoorden tegenover de cliënt
- Een hoge programma-integriteit maakt een onderzoek naar de effectiviteit van interventies mogelijk. Wanneer een interventie op de juiste manier wordt uitgevoerd zijn de onderzoeksresultaten over de uitkomsten van de interventie betrouwbaarder.
- Een juiste uitvoering van een interventie biedt ook voordelen voor de behandelaar zelf. Het zorgt voor afname van handelingsverlegenheid en vermindert overleg over de in te zetten handelwijzen.

Hierbij is het wel belangrijk dat behandelaren goed op de hoogte zijn wat verschillende kernelementen van de interventie zijn en wat het beste werkt bij de doelgroep (Bruinsma & Konijn, 2008).

2.6 Verwachtingen

Voor het opstellen van de verwachtingen is er een conceptueel model opgesteld (zie figuur 2 op de volgende pagina). In het model is te zien dat ASS invloed heeft op het werken met FIT. Het gebrek aan empathie en de onderontwikkelde communicatieve vaardigheden bemoeilijken mogelijk het invullen en bespreken van de vragen uit FIT. Daarnaast heeft het inzetten van FIT waarschijnlijk invloed op de therapeutische relatie aangezien FIT bedoeld is om de relatie te verbeteren. De reden dat de cliënt en behandelaarsfactoren van de therapeutische relatie niet in het model staan is omdat dit onderzoek zich daar niet opricht. Dit onderzoek richt zich puur op de drie aspecten van de therapeutische relatie volgens Bordin (1979). Dit zijn ook de aspecten waar de CORS en CSRS op gebaseerd zijn.



Figuur 2. Het conceptuele model

Op basis van het conceptuele model en de bovenstaande literatuur kunnen drie verwachtingen worden opgesteld, namelijk:

1. *‘Na het werken met FIT is de verbetering van de affectieve band kleiner dan op de aspecten de behandeldoelen en behandeltaken van de therapeutische relatie bij jongeren met ASS’.*
Kinderen met ASS ervaren moeilijkheden rondom sociaal contact en empathie. Ze hebben moeite met het plaatsen, herkennen en reageren op emotionele gezichtsexpressies van anderen. (Baron-Cohen, Golan & Ashwin, 2009). Dit empathische vermogen is nodig voor het kunnen ontwikkelen van de affectieve band binnen de therapeutische relatie (McDonald & Messinger, 2011; Allemand et al., 2015). Door het onder ontwikkelde empathische vermogen wordt er verwacht dat FIT minder effect gaat hebben op het aspect ‘de affectieve band’ dan op de andere twee aspecten van de therapeutische relatie.
2. *‘De jongeren met ASS ervaren moeilijkheden tijdens het invullen en bespreken van FIT’*
Mensen met ASS ervaren moeilijkheden in de verbale en non verbale communicatie. Mimiek en gebarentaal is voor hen moeilijk te begrijpen. Daarnaast kunnen ze zich iets onvoldoende voorstellen en er betekenis aan geven (Engeland et al., z.d.). Zij nemen woorden letterlijk en kunnen de betekenis van woorden niet uit een context opmaken (Vermeulen & Degrieck, 2007). Door deze communicatieve problemen bij mensen met ASS, wordt er verwacht dat de jongeren bepaalde vragen niet goed begrijpen omdat ze niet concreet genoeg zijn of dat ze non verbale communicatie tijdens gesprekken niet oppikken. Ook het empathische vermogen zorgt wellicht voor moeilijkheden omdat ze moeite hebben met het plaatsen, herkennen en reageren op emotionele gezichtsexpressies van anderen (Baron-Cohen et al., 2009). Hierdoor kunnen ze de vragen over de affectieve band wellicht niet goed invullen of bespreken.

3. *'Na het werken met FIT is de therapeutische relatie bij jongeren met ASS verbeterd.'*

Aangezien FIT gemaakt is om onder andere de therapeutische relatie te verbeteren, is de voorspelling dat FIT bij deze doelgroep een positief effect heeft op de therapeutische relatie. Onder andere uit een onderzoek uit Noorwegen komt naar voren dat FIT de effectiviteit van een behandeling met bijna 50% verhoogt (Anker, Duncan, & Sparks, 2009). De verwachting is wel dat de effecten van FIT kleiner zullen zijn bij de doelgroep jongeren met ASS vanwege het onder ontwikkelde empathische vermogen en de communicatieve problemen bij de doelgroep. Daarnaast is het belangrijk voor de effectiviteit van een interventie dat het duidelijk is voor welke doelgroep de interventie bedoeld is zodat deze aansluit op de situatie van de cliënt (Stals, 2012). Het kan zijn dat de versie van FIT waarmee de cliënten gaan werken tijdens de groepsbehandeling niet volledig aansluit op hun situatie. Ze gaan namelijk werken met de versie van FIT door individuele behandelingen omdat de versie van FIT voor groepsbehandelingen nog niet beschikbaar is binnen Jeugd GGZ Twente. Dit kan er mogelijk voor zorgen dat de positieve effecten van FIT op de therapeutische relatie minder groot zullen zijn.

Om deze verwachtingen te kunnen toetsen wordt er een kwantitatief en kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Het kwantitatieve deel bestaat uit een vragenlijst die de kwaliteit van de therapeutische relatie meet vóór en na het gebruik van FIT. Zo wordt er gemeten of er veranderingen zijn ontstaan binnen de therapeutische relatie. Vervolgens wordt er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Dit bestaat uit het afnemen van interviews die dieper ingaan op welk aandeel FIT heeft gehad op deze veranderingen binnen de therapeutische relatie. In het volgende hoofdstuk is de opzet van het onderzoek beschreven.

3. Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk is de onderzoeksmethode, de onderzoeksdoelgroep en de onderzoeksinstrumenten beschreven. Verder wordt er verteld hoe de onderzoeksdata op een ethisch verantwoordelijke manier is verworven en hoe de data is geanalyseerd.

3.1 Onderzoeksmethode

Om er achter te komen welke invloed FIT heeft op de therapeutische relatie is er gebruik gemaakt van een mixed methodes onderzoek. Dit houdt in dat er een combinatie is gemaakt van een kwantitatief en kwalitatief onderzoek. De kwantitatieve gegevens tonen aan óf er iets veranderd is en de kwalitatieve gegevens vertellen wat er een bijdrage heeft geleverd aan deze verandering. Het combineren van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksgegevens wordt steeds belangrijker gevonden. Dit komt omdat deze onderzoeksmethoden een relatie hebben tot elkaar en pas zinvol zijn wanneer ze gecombineerd worden (Loon et al., 2015). Creswell (2015) beschrijft deze manier van het toepassen van mixed methodes als het verklarende design, waarbij een kwantitatief onderzoek ingezet wordt om de effecten van een interventie te toetsen en deze resultaten vervolgens op een kwalitatieve manier te verklaren. In dit onderzoek is er op een kwantitatieve manier gemeten óf de therapeutische relatie veranderd is na het werken met FIT, en is er op een kwalitatieve manier dieper ingegaan op welke bijdrage het werken met FIT geleverd heeft aan deze verandering.

Doormiddel van het kwantitatieve onderzoek is er gekeken naar hoe goed de kwaliteit van de therapeutische relatie voor- en na het werken met FIT. Door deze resultaten met elkaar te vergelijken is er gekeken of er veranderingen zijn ontstaan binnen de kwaliteit van de therapeutische relatie nadat de respondenten van dit onderzoek hebben gewerkt met FIT. Plooi (2008) vertelt dat er gekozen kan worden voor een gestructureerd onderzoek met gesloten vragen wanneer er van tevoren duidelijk is welke informatie er nodig is om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. In dit onderzoek is er een gestructureerd onderzoek uitgevoerd doormiddel van een vragenlijst met gesloten vragen en vaste antwoord categorieën die de kwaliteit van de therapeutische relatie meet.

Om de kwantitatieve resultaten op een meer diepgaand niveau te verklaren is het kwalitatieve onderzoek uitgevoerd. Hiermee is er onderzocht in welke mate en op welke manier de inzet van FIT invloed heeft gehad op de veranderingen binnen de therapeutische relatie. Dit is gedaan doormiddel van een diepte interview met elke cliënt aan de hand van een semigestructureerd interviewschema. Individuele diepte-interviews leveren brede en diepe inzichten op in het perspectief van een persoon. Het semigestructureerde interviewschema zorgt er tijdens het diepte interview voor dat het onderzoeksdoel nog wel goed in de gaten gehouden kan worden tijdens het verkrijgen van de grote hoeveelheid informatie (Juttman et al., 2007).

De FIT uitslagen van de cliënten vormen geen data voor dit onderzoek. Dit komt omdat de uitkomsten van FIT geen scores geven over kwaliteit van de therapeutische relatie terwijl hier wel naar gezocht wordt in dit onderzoek. FIT is namelijk een instrument om te kunnen ontdekken aan welk aspect van de therapeutische relatie gewerkt moet worden om het te kunnen verbeteren. Voor het meten van de kwaliteit van de therapeutische relatie zijn dus andere vragenlijsten nodig die dit meten. Daarnaast zijn de uitslagen uit FIT vertrouwelijk en alleen beschikbaar binnen Jeugd GGZ Twente.

3.2 Onderzoeksdoelgroep en ethische verantwoording

De populatie van dit onderzoek is jongeren met ASS. De steekproef bestaat uit zes cliënten waarvan vier meisjes en twee jongens met een leeftijd tussen de 12 en 17 jaar ($M=14$, $SD=1,27$). Zij volgen allemaal dezelfde groepsbehandeling bij Jeugd GGZ Twente. De cliënten doen mee met zowel het kwantitatieve als het kwalitatieve onderzoek. Ze zullen dus de vragenlijsten invullen en worden geïnterviewd. De cliënten zijn benaderd voor deelname aan dit onderzoek via een toestemingsformulier. Dit formulier is gericht aan de cliënten en hun ouders/verzorgers (zie bijlage 5). Omdat de cliënten minderjarig zijn hebben de ouders/verzorgers toestemming moeten geven voor de cliënten om deel te mogen nemen aan dit onderzoek. In dit toestemingsformulier staat een uitleg over de reden voor het uitvoeren van dit onderzoek, het onderzoeksdoel en wat de onderzoeksprocedure zal zijn. De privacy van de cliënten is gewaarborgd door de verzamelde data anoniem te verwerken. Dit is gedaan door elke cliënt een nummer te geven. Dit nummer staat bovenaan de twee vragenlijsten in plaats van hun naam. Deze nummers zijn tevens gekoppeld aan de interviews van de cliënten. Op deze manier kunnen de ingevulde vragenlijsten en de interviews anoniem worden vergeleken met elkaar. Voorafgaand aan de interviews is er om toestemming gevraagd voor opname van de interviews.

Naast de cliënten nemen ook de twee vrouwelijke behandelaren van de groep cliënten deel aan dit onderzoek. Zij nemen alleen deel aan het kwalitatieve gedeelte en niet het kwantitatieve deel van de dataverzameling. De behandelaren zijn via de directie binnen Jeugd GGZ Twente benaderd voor deelname aan dit onderzoek. Via deze weg hebben de behandelaren akkoord gegeven. De privacy van deze onderzoeksdata is gewaarborgd door ook de behandelaren nummers te geven zodat de interviews anoniem konden worden verwerkt. Ook is er aan de behandelaren om toestemming gevraagd voor het opnemen van de interviews.

3.3 Onderzoeksinstrument

Om te kunnen onderzoeken of de therapeutische relatie is veranderd na de inzet van FIT wordt er gebruik gemaakt van een vragenlijst die de kwaliteit van de therapeutische relatie meet. Deze vragenlijst wordt ingevuld door de cliënten voor en na ze hebben gewerkt met FIT tijdens de behandeling. Er bestaan geen gestandaardiseerde vragenlijsten die aansluiten op de doelgroep jongeren met ASS of die passen bij een groepsbehandeling. Er is gezocht naar een bestaande vragenlijst die zo goed mogelijk aansluit op de doelgroep zodat er zo min mogelijk moest worden aangepast aan de stellingen uit de vragenlijst. Tijdens het zoeken naar de vragenlijsten is er gelet op de taal van de vragenlijsten, en de begrijpelijkheid van de stellingen. Ideaal is een Nederlandse vragenlijst die niet te veel expressief en receptief taalgebruik bevat. Alle bestaande vragenlijsten die de therapeutische relatie meten bij jongeren zijn in het Engels. Deze zouden dus moeten worden vertaald naar het Nederlands. Een Nederlandse vragenlijst heeft daarom de voorkeur. Op die manier hoeft er minder aangepast te worden aan de vragenlijst zodat de uitkomsten van het onderzoek zo betrouwbaar en valide mogelijk blijven (Baarda, 2014). Alle Nederlandse bestaande vragenlijsten die de therapeutische relatie meten zijn gemaakt voor volwassenen. Voor dit onderzoek is de keuze gevallen op een veel gebruikte Nederlandse vragenlijst, namelijk de WAV-12 (Vertommen & Vervaeke, 1990). Ondanks dat de WAV-12 gemaakt is voor volwassenen, bevat deze duidelijke en concrete stellingen die met kleine aanpassingen begrijpelijk kunnen worden gemaakt voor de jongeren met ASS. De WAV-12 bevat 12 stellingen over de therapeutische relatie waarbij de cliënten antwoord geven op een vijf-puntenschaal. De antwoordmogelijkheden van de WAV-12 bestaan uit: 1 = zelden of nooit, 2 = soms, 3 = dikwijls, 4 = zeer vaak en 5 = altijd. De kernaspecten die in de WAV-12 aan bod komen, zijn de affectieve band tussen behandelaar en cliënt en de samenwerking tijdens het therapieproces betreft de behandeldoelen en behandeltaken (Stinckens, Ulgurghs & Claes, 2009). Deze vormen de drie elementen van een therapeutische relatie volgens Bordin (1979). De totaalscore van de WAV-12 geeft een indicatie van de kwaliteit van de therapeutische relatie. De drie sub-scores geven een beeld van de drie aspecten: de kwaliteit van de affectieve band, de mate van

overeenstemming over behandeldoelen en behandeltaken. Bij de doelschaal horen de vragen 1, 4, 6 en 11. Bij de taakschaal horen de vragen 2, 8, 10 en 12. En bij de bandschaal horen de vragen 3, 5, 7 en 9 (Stinckens et al., 2009). Deze drie elementen van de therapeutische relatie vormen tevens de constructen die worden gemeten in de deelvragen van dit onderzoek. De WAV-12 geeft niet aan welke scores goed of niet goed zijn. Er wordt gekeken naar of er een verschil is tussen meerdere ingevulde vragenlijsten die een cliënt op verschillende momenten tijdens de behandeling invult.

Het aanpassen van de WAV-12 aan de doelgroep van dit onderzoek is gedaan door de vragenlijst eerst voor te leggen aan de behandelaren van de cliënten. Zij hebben gekeken naar wat er volgens hen eventueel aangepast moest worden in de WAV-12 om deze duidelijker te maken voor de cliënten. Daarbij hebben ze geprobeerd rekening te houden met de communicatieve vaardigheden van de cliënten. De aanpassingen die zijn gedaan zijn het vervangen van het woord therapeut naar het woord begeleiders, en het woord therapie is vervangen voor groepsbehandeling. Volgens Korzilius (2000) kan de validiteit van een vragenlijst die niet volledig aansluit op de doelgroep worden vergroot door de deze eerst af te nemen op een proefpersoon. Dit wordt ook wel face-validiteit genoemd. De WAV-12 is na de aanpassingen van de behandelaren als test afgenomen bij een jongen van 16 jaar met ASS om de face-validiteit te vergroten. Hij heeft aangegeven welke stellingen hij niet begreep en hoe deze duidelijker konden worden gemaakt. Zo is het woord geapprecieerd vervangen voor gewaardeerd. Verder begreep hij elke stelling uit de vragenlijst.

De kwalitatieve data verzameling bestaat uit semigestructureerde interviews die afgenomen zijn bij zowel de cliënten als de twee behandelaren. In tabel 1 staat een voorbeeld van het interview schema voor de cliënten (bijlage 7 bevat het volledige interviewschema). De twee ingevulde WAV-12 vragenlijsten dienden als input voor de interviews met de cliënten. Doormiddel van deze interviews is er dieper in gegaan op de antwoorden die de cliënten hebben gegeven op de WAV-12. Ook is er zo meer informatie gewonnen over de invloed van FIT op de therapeutische relatie en over de ervaringen van de cliënten met FIT. De belangrijkste onderwerpen die zijn besproken tijdens de interviews zijn:

- De ervaring met het werken met FIT tijdens de handeling
- Het invullen en bespreken van FIT op de aspecten: de affectieve band, de behandeldoelen en de behandeltaken van de therapeutische relatie.
- Welk effect het werken met FIT heeft gehad op de drie aspecten van de therapeutische relatie

onderwerpen		(Voorbeeld) Vraag
Ervaring FIT		• Wat vond je het fijnst/minst fijn aan het werken met FIT?
Affectieve band	Invullen	• Wat vond je het moeilijkste/makkelijkste tijdens het invullen van deze vragen? En hoe komt dit?
	Bespreken	• Hoe vond je het om deze vragen te bespreken met je behandelaren?
	Opgeleverd	• Wat heeft FIT voor jou opgeleverd voor de band tussen jou en je begeleiders?
Behandeldoelen	Invullen	• Wat vond je het moeilijkste/makkelijkste tijdens het invullen van deze vragen? En hoe komt dit?
	Bespreken	• Hoe vond je het om deze vragen te bespreken met je behandelaren?
	Opgeleverd	• Wat heeft FIT voor jou opgeleverd voor jouw behandeldoelen?
Behandeltaken	Invullen	• Wat vond je het moeilijkste/makkelijkste tijdens het invullen van deze vragen? En hoe komt dit?
	Bespreken	• Hoe vond je het om deze vragen te bespreken met je behandelaren?
	Opgeleverd	• Wat heeft FIT voor jou opgeleverd binnen de taken tijdens de behandeling?

Tabel 1. Voorbeeld van het interview schema voor de cliënten met één voorbeeldvraag

Net als de WAV-12 is het interviewschema voor de cliënten eerst bekeken door de behandelingen zodat zij aanpassingen konden doen om het schema zo duidelijk mogelijk te maken. Daarna is het interview afgenomen bij de testpersoon van 16 jaar met ASS die ook de WAV-12 heeft getest. Hij heeft aangeven welke vragen hij niet begreep en hoe dit aangepast kon worden. Het gaat hierbij alleen over de vragen uit het interviewschema. Aangezien het een semigestructureerd interview is liggen de rest van de vragen die werden gesteld tijdens de interviews niet vast. Het interviewschema voor de behandelingen bevat dezelfde hoofdthema's als in het interviewschema voor de cliënten namelijk: de ervaring met FIT, de affectieve band, de behandeldoelen en behandeltaken (zie bijlage 8). In de interviews met de behandelingen is dieper ingegaan op de ervaring van de behandelingen over het werken met FIT, welke invloed FIT volgens hen heeft gehad op de therapeutische relatie, en hoe zij het invullen en bespreken van FIT vonden gaan onder de cliënten.

3.4 Procedure

De cliënten hebben de WAV-12 voorafgaand aan de behandeling ingevuld. De onderzoeker en de behandelingen zijn tijdens het invullen op gepaste afstand in de ruimte gebleven om eventuele vragen te kunnen beantwoorden. Deze eerste afname van de WAV-12 vormt een 0-meting om de kwaliteit van de therapeutische relatie te meten voordat de cliënten beginnen te werken met FIT tijdens de behandeling. Vervolgens hebben de cliënten tien weken gewerkt met FIT. Hierna hebben de cliënten opnieuw de WAV-12 ingevuld om de kwaliteit van de therapeutische relatie te meten na het werken met FIT. In overleg met Jeugd GGZ Twente is er gekozen voor een periode van tien weken.

De interviews met de cliënten zijn verdeeld over twee dinsdagen. Aangezien de behandeling elke dinsdagmiddag plaatsvindt. Op de dag van de tweede afname van de WAV-12 zijn de eerste drie cliënten geïnterviewd nadat iedereen de WAV-12 had ingevuld. De week erna zijn de volgende drie cliënten geïnterviewd. De cliënten zijn één voor één apart geïnterviewd in een kamer naast de ruimte waar de groepsbehandeling plaatsvindt. Op deze manier werd de geïnterviewde cliënt niet afgeleid door gesprekken uit de groep, en werd de groep niet afgeleid door wat er gezegd werd tijdens het interview. Voorafgaand aan de interviews zijn de cliënten geïnformeerd over het doel van het interview, dat ze eerlijk mochten antwoorden en dat ze niet elke vraag hoefden te beantwoorden. Er is toestemming gevraagd over het opnemen van het interview. Hierbij is verteld wat het nut hiervan is en dat de onderzoeker de enige is die deze te horen krijgt. Daarnaast is het duidelijk gemaakt dat het interview anoniem is en dat de opnames worden verwijderd na afronding van het onderzoek. De twee ingevulde WAV-12 vragenlijsten zijn gebruikt tijdens het interview om te onderzoeken welke invloed FIT heeft gehad op de antwoorden. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt een vraag uit de tweede afname van de WAV-12 vragenlijst anders heeft ingevuld dan bij de eerste afname, is er dieper in gegaan op de reden van deze verandering en welke invloed FIT hierop heeft gehad. Ook zijn er niet ingevulde CORS en CSRS vragenlijsten geprint om te gebruiken tijdens het interview. Op deze manier is er geprobeerd om de cliënten te helpen herinneren wat hun ervaring was over het invullen of bespreken van bepaalde vragen uit FIT met de behandelingen. Bijvoorbeeld vragen die gaan over affectieve band. Mensen met ASS ervaren vaak moeilijkheden wanneer het werkgeheugen moet worden aangesproken (Perrone, 2017). Ze hebben moeite om herinneringen boven te halen tenzij er sprake is van een trigger zoals een geur, aanraking, patroon of een combinatie van geluid of woorden (Bogdashina, 2004). Om deze reden zijn de CORS en CSRS gebruikt tijdens het interview op de momenten dat vragen verduidelijkt moesten worden.

Een week nadat alle cliënten waren geïnterviewd zijn de twee behandelingen geïnterviewd. De behandelingen zijn één voor één geïnterviewd aan de andere kant van de ruimte waarin de groepstherapie gegeven werd. Deze interviews zijn niet in een andere ruimte afgenomen aangezien de twee behandelingen samen in de groepstherapie ruimte moesten zijn om veiligheidsredenen. Door aan de andere kant van het lokaal te gaan zitten had de groep geen last van het interviewgesprek en had de behandelaar geen last van geluiden uit de groep tijdens. Tijdens de interviews met de behandelingen kon de groep niet verstaan wat er gezegd werd. Zo blijft de privacy van de

behandelaren gewaarborgd. Voorafgaand aan het interview met beide behandelaren is dezelfde uitleg gegeven als bij de interviews van de cliënten en is er toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview.

3.4 Analyse

De gemiddelde scores uit de WAV-12 vragenlijsten zijn verwerkt in grafieken. Hierin zijn de scores op de drie elementen van een therapeutische relatie en de gemiddelde totaal scores per cliënt uiteen gezet. De onderstaande tabel geeft de uitgevraagde variabelen uit de WAV-12 weer, met de bijbehorende meetniveaus. Wanneer twee afhankelijke variabelen met elkaar worden vergeleken kan er doormiddel van een paired samples t-test getoetst worden of het verschil tussen de gemiddelde scores significant is (Cramer & Howitt, 2007). Voor het vergelijken van de groepsscores op de voor- en nameting van de WAV-12 is de Paired Samples T-test gebruikt. De t-test is uitgevoerd op de totaalscore en op alle afzonderlijke subschalen van de WAV-12 om elke deelvraag uit dit onderzoek te kunnen beantwoorden. Dit is voor elke deelvraag op dezelfde manier berekend. Er is gekozen voor een betrouwbaarheidspercentage van 95% om te kunnen toetsen of de resultaten op toeval berusten of niet (Bax & Berkel, 2006). Bij een p-waarde van $<0,05$ zijn de effecten significant. Tijdens het interpreteren van de uitkomsten uit de T-test is er rekening gehouden met het kleine aantal respondenten. In de resultaten van dit onderzoek zijn de uitkomsten van de t-test beschreven. In deze uitkomsten worden de gemiddelde groepsscores op de voor- en nameting en de standaarddeviatie weergegeven. Daarbij wordt de t-waarde benoemd en de bijbehorende vrijheidsgraden. Ten slotte volgt de p-waarde van elke subschaal. De T-test is uitgevoerd in het programma SPSS.

Variabelen	Geslacht	Leeftijd	Bandschaal	Doelenschaal	Takenschaal	Totaal
Meetniveau	Dichotoom	Ordinaal	Continu	Continu	Continu	Continu

Tabel 2. De meetvariabelen en het bijbehorende meetniveau van de WAV-12

Voor het analyseren van de interviews zijn de opnames uitgetypt. Deze transcripten zijn verwerkt en geanalyseerd in atlas.Ti. Om de interviews te analyseren is er gebruik gemaakt van codes. Het coderen is volgens verschillende stappen verlopen, namelijk: open coderen, axiaal coderen en selectief coderen. In bijlage 9, staat een overzicht van alle codes. Alle stappen zijn gebaseerd op de stappen uit het boek *Analyseren in kwalitatief onderzoek* van Boeije (2005). De eerste stap is het open coderen. Om in de transcripten aan te geven welk stuk tekst over welk onderwerp gaat, zijn de codes naast het bijbehorende stuk tekst geplaatst. Na het coderen van het eerste interview is er verder gegaan met het uitwerken van de rest van de interviews. Tijdens het uitwerken van alle interviews zijn sommige bestaande codes aangepast. Dit is het axiaal coderen. Tijdens dit axiaal coderen is er gekeken of de huidige codes dekkend waren of dat er nieuwe codes toegevoegd moesten worden. Eventueel zijn codes gesplitst of samengevoegd. Als laatste volgde het selectief coderen. Tijdens het selectief coderen is er alvast nagedacht over het beantwoorden van de hoofd – en deelvragen. In de stukken tekst is er gezocht naar verbanden of tegenstrijdigheden voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. De antwoorden uit de interviews zijn vergeleken met de uitkomsten op de WAV-12 vragenlijsten om verbanden of tegenstrijdigheden te ontdekken.

4. resultaten

In dit hoofdstuk wordt de uitvoering en de respons van dit onderzoek besproken. De interne consistentie van de WAV-12 is berekend en hierna zijn de scores uit de WAV-12 van de cliënten met elkaar vergeleken. Het tweede deel van dit hoofdstuk bestaat uit de resultaten van de interviews.

4.1 Uitvoering en respons van het onderzoek

Tijdens de voormeting van de WAV-12 hebben in totaal acht cliënten de vragenlijst ingevuld. Met een respons van 100%. Na deze voormeting zijn er twee cliënten met de groepsbehandeling en met hun deelname aan dit onderzoek gestopt. De reden dat de cliënten zijn gestopt is vanwege privacy redenen niet bekend. De ingevulde WAV-12 vragenlijsten van deze twee cliënten zijn vernietigd. De overige zes cliënten hebben wel deelgenomen aan dit volledige onderzoek. De onderzoeksdata uit de voor- en nameting van deze zes cliënten zijn in de resultaten van dit onderzoek verwerkt. Tijdens de voormeting van de WAV-12 is er één vraag gesteld door een cliënt over de betekenis van de antwoordmogelijkheid 'dikwijls'. Nadat de cliënt uitleg heeft gekregen kon de cliënt verder met het invullen van de vragenlijst. Elke cliënt heeft de vragenlijst volledig ingevuld. Hierna is de groep verder gegaan met de behandeling van die dag. Na tien weken is de WAV-12 opnieuw afgenomen. Ook hier was het respons 100%. Deze nameting verliep op dezelfde manier als de voormeting. Tijdens de nameting zijn er geen vragen gesteld. De kengetallen die gemeten zijn met de WAV-12 zijn: gemiddelde scores, de standaarddeviatie, de p-waarde en de cronbach's alpha. Direct na de tweede afname van de WAV-12 zijn de eerste drie cliënten geïnterviewd. De week erop zijn de overige drie cliënten geïnterviewd. De interviews verliepen zonder problemen of onduidelijkheden. De week nadat de laatste drie cliënten zijn geïnterviewd zijn ook de behandelaren geïnterviewd. Hierbij was het respons 100%. Beide behandelaren zijn vrouwelijk. De behandelaren hebben de WAV-12 niet ingevuld.

In de resultaten uit de WAV-12 en de interviews zijn de cliënten genummerd van 1 tot 6. De cliënt nummers uit de kwantitatieve data zijn hetzelfde als in de kwalitatieve data. De twee behandelaren hebben in de resultaten van de interviews nummer 1 en 2 gekregen. De subconstructen behandeltaken en behandeldoelen zijn in de resultaten van de kwalitatieve data samengevoegd omdat deze resultaten veel gelijkenissen en overlapping hadden. Wel zijn hierin de eventuele verschillen tussen de resultaten van deze constructen beschreven.

4.2 Resultaten van de voor- en nameting uit de WAV-12

De interne consistentie van de bandschaal, doelenschaal en takenschaal uit de WAV-12 is gemeten met de cronbach's alpha. Dit geeft een beeld over de mate waarin verschillende items in een test die hetzelfde meten met elkaar samenhangen (Sijtsma, 2009). De cronbach's alpha is berekend met de resultaten uit de voormeting van de WAV-12. Bij een cronbach's alpha van minimaal 0,70 kan er gesproken worden van een voldoende interne consistentie en bij minimaal 0,80 van een goede interne consistentie (Beurskens et al., 2008). De bandschaal heeft een goede interne consistentie (items 3, 5, 7 en 9; $\alpha = ,884$). De interne consistentie op de doelenschaal is onvoldoende (items 1, 4, 6, 11; $\alpha = ,548$). Deze schaal heeft dus geen goede samenhang tussen de items. De takenschaal heeft net als de bandschaal ook een goede interne consistentie (items 2, 8, 10 en 12; $\alpha = ,847$).

Om te onderzoeken of de therapeutische relatie is veranderd na de inzet van FIT, zijn de totaal scores van de WAV-12 met elkaar vergeleken doormiddel van de paired samples t-test. Na het vergelijken van de totaal scores blijkt het verschil tussen de voormeting ($M=3.17$, $SD=0.68$) en de nameting ($M=3.06$, $SD=0.72$) niet significant te zijn; $t(5)=0.27$, $p=0.80$. Om te ontdekken of het aspect de affectieve band van de therapeutische relatie is veranderd na het werken met FIT, zijn de gemiddelde scores uit de bandschaal tussen de voor- en nameting van de WAV-12 met elkaar vergeleken. Het verschil tussen de voormeting ($M=3.79$, $SD=0.91$) en de nameting ($M=3.46$, $SD=0.94$) bleek niet significant; $t(5)=0.82$, $p=0.45$. Door de gemiddelde WAV-12 scores op de doelenschaal met elkaar te

vergelijken is er naar een verandering gezocht op het aspect de behandeldoelen van de therapeutische relatie. Ook hier is het verschil niet significant; $t(5)=0.61$, $p=0.57$ tussen de scores op de voormeting ($M=2.96$, $SD=0.62$) en de nameting ($M=2.71$, $SD=0.93$). De takenschaal van de WAV-12 zegt iets over de veranderingen op het aspect de behandeltaken van de therapeutische relatie na het werken met FIT. Het verschil op de takenschaal tussen de voormeting ($M=2.79$, $SD=0.94$) en de nameting ($M=3.00$, $SD=0.59$) is niet significant; $t(5)=-0.45$, $p=0.67$.

In grafiek 1 worden de verschillende gemiddelde scores van elke afzonderlijke cliënt op de subschalen weergegeven. Hierin worden de scores van de voor- en nameting met elkaar vergeleken. Het volgende kan uit grafiek 1 worden opgemerkt:

De bandschaal;

- Twee cliënten scoren de tweede afname hoger dan de eerste afname
- Twee cliënten scoren de tweede afname lager dan de eerste afname
- Twee cliënten scoren beide afname rondes hetzelfde

De doelenschaal;

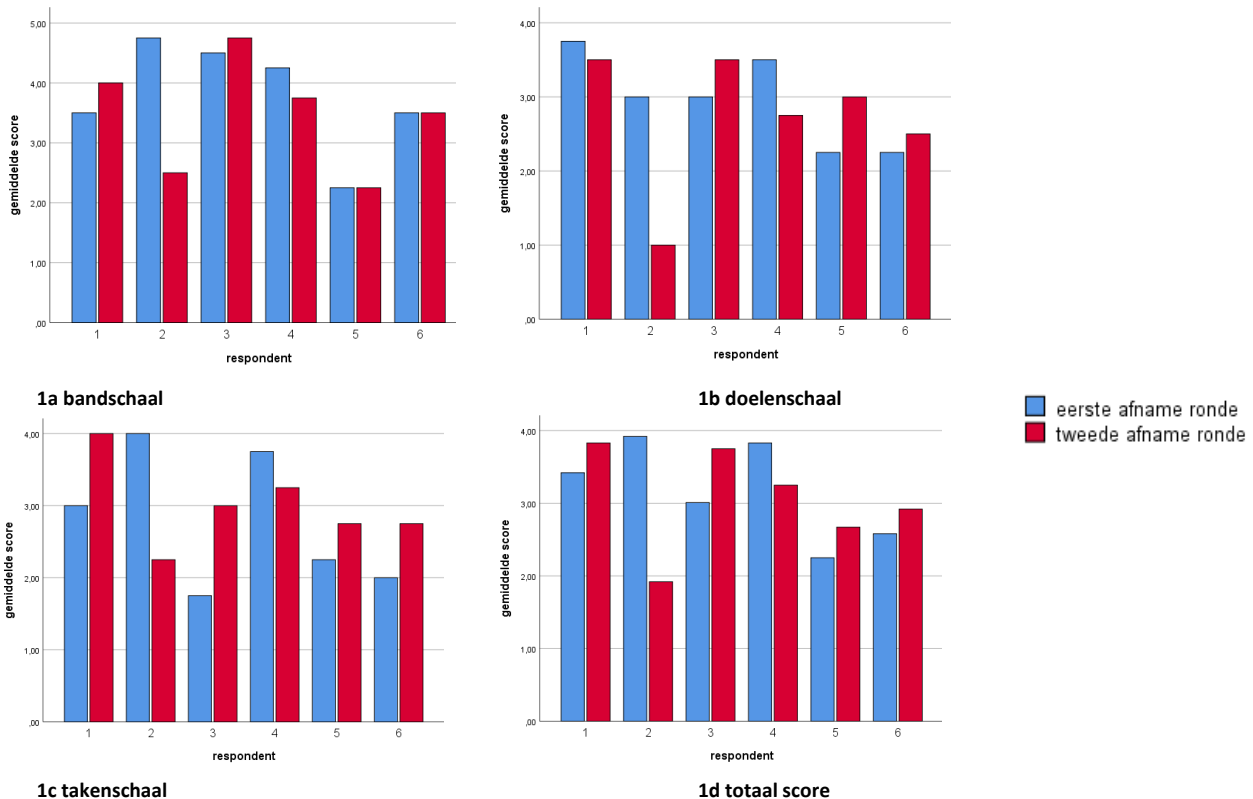
- Drie cliënten scoren de tweede afname hoger dan de eerste afname
- Drie cliënten scoren de tweede afname lager dan de eerste afname

De takenschaal:

- Vier cliënten scoren de tweede afname hoger dan de eerste afname
- Twee cliënten scoren de tweede afname lager dan de eerste afname

De totaalscore:

- Vier cliënten scoren de tweede afname hoger dan de eerste afname
- Twee cliënten scoren de tweede afname lager dan de eerste afname



1c takenschaal

1d totaal score

Grafiek 1. Vergelijking van de eerste en tweede afname van de gemiddelde scores op de vier sub schalen van de WAV-12 per respondent. De bandschaal, de doelenschaal, de takenschaal en de totaal score.

4.3 De ervaring van de cliënten en behandelaren met het werken met FIT

Tijdens de interviews vertelt elke cliënt dat ze het werken met FIT niet vervelend vonden. Alleen vertelden ze daarbij ook dat ze het niet erg zouden vinden om niet meer met FIT te werken. Ze vullen de CORS en CSRS in “omdat het moet” zonder dat ze hier een duidelijke mening aan hebben gekoppeld. Geen van de cliënten zei zich te kunnen herinneren wat het doel is van FIT. Twee cliënten zeiden dat het doel wel van tevoren is uitgelegd, maar ze konden zich het niet meer herinneren. Volgens hen is het doel van FIT niet vaker herhaald dan aan de start van het werken met FIT. Wel vertelde één cliënt dat FIT hem nuttig lijkt voor sommige cliënten. *“Omdat we aan kunnen geven hoe het met ons gaat en hoe we de therapie vonden zodat hier iets mee gedaan kan worden”* vertelde de cliënt. Er komt uit de interviews geen verschil naar voren tussen de ervaringen van cliënten met FIT die wel/niet vooruit zijn gegaan op de WAV-12. Tijdens de interviews komt naar voren dat de meningen van de cliënten over de therapeutische relatie los staan van hun meningen over FIT. Uit de interviews blijkt dat ze FIT letterlijk zien als een programma waarbij ze elke sessie vragen moeten beantwoorden. De cliënten maken niet de koppeling tussen FIT en de invloed op de therapeutische relatie. Cliënt vier zegt hierover: *“ik zou niet weten hoe dat invloed zou moeten hebben, het is gewoon iets wat we moeten invullen elke behandeling”*. De cliënten vertelden dat ze geen nadeel konden bedenken aan FIT. Op cliënt twee na, zij vertelde dat de tijd die aan FIT besteed werd te lang is. Zij zei hierover; *“Soms hadden ze de vragenlijst in FIT er nog niet voor staan en dan sta je een kwartier te wachten. Het is veel wachten”*. Het invullen van alle vragen uit de CORS en CSRS verliepen zonder problemen vertelden de cliënten. Ze vonden het prettig dat je eerlijk kan antwoorden op de vragen uit FIT. Zij gaven aan dat het ook geaccepteerd wordt wanneer je invult dat je niet tevreden bent over de behandeling of wanneer je niet lekker in je vel zit. Cliënt één vertelde; *‘Het is fijn dat er gelet wordt op hoe het met je gaat. Dit gebeurt niet te vaak of te weinig. En je kunt alles eerlijk invullen, ook als het niet goed met je gaat’*. Verder gaven alle cliënten aan dat ze FIT een duidelijk programma vonden waarbij ze geen moeilijkheden hebben ondervonden. Alle vragen waren duidelijk en begrijpelijk vertelden ze. Alleen cliënt één gaf aan dat ze het werken op een computer niet prettig vond. Zij vertelde; *“Je moet op de computer iets aangeven wat meestal persoonlijk gebeurt. Persoonlijk vertellen vind ik fijner.”* Dezelfde cliënt vertelde dat ze de manier van antwoord geven niet prettig vond. Ze zei dat ze liever de smileys over de lijn wilde kunnen slepen waarop je moet antwoorden in plaats van dat je moet klikken op de lijn. Cliënt vijf gaf aan dat de manier van antwoord geven haar juist beter is bevallen dan dat ze had verwacht. Zij vertelde: *“Ik had verwacht dat we uitgebreide antwoorden hadden moeten typen. Maar dat was gelukkig niet zo. Dit was veel makkelijker.”* De andere cliënten zeiden dat ze de manier van antwoord geven op deze manier gewoon prima vonden. Het bespreken van FIT is niet gebeurt vertelden de cliënten. De cliënten vertelden dat ze hier ook geen behoefte aan hadden. De cliënten gaven allemaal aan tijdens de interviews dat zij het gevoel hadden dat FIT geen effect heeft gehad op de therapeutische relatie.

Behandelaar twee vertelt dat het positieve punt aan FIT is dat je door FIT als behandelaar kritischer naar je eigen handelen moet kijken. Daarnaast zei ze dat FIT meer openheid kan bieden omdat er door FIT gesprekken kunnen worden gevoerd die anders niet gevoerd zouden worden. Behandelaar één en twee noemden daarnaast ook dat de uitkomsten van FIT voor sturing zorgen binnen de gespreksonderwerpen tijdens het kringgesprek. De mening van beide behandelaren over de tijd die er besteed wordt aan FIT waren niet positief. *“Het kost te veel tijd. Aan het begin een kwartier en aan het eind een kwartier. Dit komt vooral door de efficiëntie van het programma. Je moet naar het cliënten dossier, dan naar BergOp, dan aanklikken dat het een tussenmeting is en dan welke cliënt (BergOp is een softwareprogramma voor de digitale verwerking van instrumenten voor diagnostiek en effectonderzoek). FIT laten invullen is niet het probleem. Maar de tijd die verloren gaat aan het systeem hadden we anders kunnen gebruiken voor het bespreken van FIT. Op een tablet werkt het programma beter en sneller.”* vertelt behandelaar één. De reden dat FIT op de tablet sneller werkt is omdat je via de tablet direct op de goede pagina in BergOp komt zonder dat er andere handelingen aan vooraf gaan. De behandelaren vertelden dat de uitkomsten van FIT genuanceerder moeten

worden geïnterpreteerd bij deze doelgroep dan bij andere cliënten in verband met de communicatieve problemen bij de jongeren met ASS. De behandelaren zeiden dat ze merkten dat de cliënten alles letterlijk nemen en FIT invullen met een ‘alles of niets’ gedachten. De therapeutische relatie is goed of slecht, en er is niets er tussenin. Zo vertelt behandelaar één: *“Wanneer we de cliënten ergens op aanspreken wat ze moeilijk vinden, scoren we direct slecht op de therapeutische relatie, er is geen grijs gebied. Maar wij kunnen hier rekening mee houden tijdens het interpreteren van de scores en dit genuanceerder bekijken”*. Het bespreken van de scores uit FIT is niet gebeurd. Volgens de behandelaren komt dit voornamelijk door de tijd die je kwijt bent door het opstarten van FIT. *“We hadden FIT wel graag willen bespreken. Maar het opstarten duurt te lang. Anders zou je het wel over de scores kunnen hebben met cliënten”* vertelt behandelaar één. Wel vertelden de behandelaren dat ze met de uitkomsten van FIT de gespreksonderwerpen van het kringgesprek aan het begin van de behandeling meer sturing konden geven. De behandelaren vertelden dat ze FIT als een meerwaarde zien voor het kringgesprek. Behandelaar twee vertelt hierover: *“Als we weerstand oppikken ga je het er in de groep meteen over hebben. Ook zonder FIT. Maar de uitkomsten van FIT geven wel meer richting om het gespreksonderwerp te kunnen sturen. Het zorgt er niet voor dat we vaker dingen bespreken, maar wel dat we de onderwerpen soms beter kunnen sturen, dat is positiefs”*. Af en toe ontstaat er wel een gesprekje naar aanleiding van FIT. Behandelaar één vertelt: *Tenzij iemand echt een langere tijd heel slecht scoort, dan hebben we een één op één gesprekje’*. De behandelaren vertelden dat ze niet het gevoel hebben dat FIT iets voor de cliënten gedaan heeft. Wel vertelden de behandelaren dat FIT meer openheid zou kunnen creëren bij cliënten en behandelaren om het ook eens over onderwerpen te hebben die zonder FIT niet aan bod zouden zijn gekomen. Behandelaar twee vertelt; *“Je moet kritisch naar jezelf kijken. Dat is denk ik de grootste bijdrage van FIT. Bijvoorbeeld of iemand zich gehoord voelt of niet. Dan kan het daar ook over gaan tussen de cliënt en behandelaar. Zonder FIT komt zo’n onderwerp waarschijnlijk niet aan bod. Het kan meer openheid geven”*.

4.4 De affectieve band

Cliënt vier vertelde over het invullen van de vragen over de affectieve band; *“Het was makkelijk en ik kon ook eerlijk zijn als ik er niet blij mee was”*. De rest van de cliënten zeiden het zelfde. Op de vraag hoe de cliënten het over het algemeen vinden om over hun gevoel te praten zeiden de meesten dat het ligt aan hoe ze zich op dat moment voelen. Cliënt zes vertelde; *‘Het ligt aan mijn mood. Als ik mijn dag niet heb praat ik het liefste niet. Maar als ik mijn dag wel heb dat kun je me wel van alles vragen’*. Een andere cliënt zei; *‘Meestal gaat het goed, het ligt aan mijn gevoel. Als ik boos ben dan kan je het echt merken. Dan lucht ik op dat moment mijn hart of ga ik schelden en daarna wordt ik rustiger’*. Drie cliënten zeiden dat ze geen gesprekken hebben gehad over de affectieve band naar aanleiding van FIT. Ze vertelden dat zij hier ook geen behoefte aan hebben omdat ze hier tevreden over zijn. Eén cliënt zei dat ze aankomende donderdag een gesprek heeft met de behandelaren over de affectieve band. Dit vindt ze fijn. Alleen vertelde ze dat FIT hier niks mee te maken heeft gehad, het zou ook gebeuren zonder FIT. Twee cliënten vertelden dat er wel gesprekken zijn. Maar dat dit altijd al zo was, ook voor FIT, namelijk aan het begin van de therapie tijdens het kringgesprek. Cliënt drie vertelde; *‘We hebben wel zulke gesprekken in het begin van de groep. Dat vind ik wel fijn omdat je kunt zeggen wat er in je hoofd zit. Maar dat is door FIT niet veranderd, dat is altijd al zo’*. De cliënten zeiden dat ze niet idee hebben dat FIT iets heeft bijgedragen aan de band tussen hen en de behandelaren.

De behandelaren vertelden dat ze niet het gevoel hadden dat er moeilijkheden ontstonden bij de cliënten tijdens het invullen van de vragen rondom de affectieve band. Wel zeiden ze aan dat je bij de doelgroep ASS de antwoorden genuanceerder moet interpreteren. Behandelaar twee vertelt: *‘Deze doelgroep is zwart of wit, er is geen grijs. Als het thema stom is, of ze worden aangesproken op iets dat ze lastig vinden, krijg je gelijk een uitslag alsof iemand het verschrikkelijk vond en de band waardeloos is. Wij behandelaren hebben achtergrond informatie over die dag, maar een buitenstaander zou de grafiek heel anders aflezen’*. De behandelaren vertelden dat de gegeven

antwoorden op de vragen over de affectieve band wel overeen kwamen met wat zij zagen tijdens de groepsbehandeling. De behandelaren gaven beiden in de interviews aan dat de cliënten een beperkt empathisch vermogen hebben en dat het hierdoor moeilijker is om te praten over het gevoel of te werken aan de affectieve band. Zij vertelden dat ze denken dat FIT hierdoor geen goed beeld geeft van de affectieve band bij de jongeren met ASS. Wel vertelden de behandelaren wederom dat de uitkomsten van FIT iets meer sturing geeft aan de onderwerpen die aan bod komen in het kringgesprek. Daarnaast vertelden de behandelaren dat er niet altijd tijd is om aan het einde van de behandeling de CORS met de cliënten te bespreken. *‘De CSRS wordt aan het einde van de behandeling ingevuld en daarna gaan ze naar huis. En een week later moet direct de CORS worden ingevuld en daarna start het thema van die dag. Tenzij iemand echt een langere tijd heel slecht scoort, dan hebben we een één op één gesprekje’* vertelt behandelaar één. De behandelaren vertelden net als de cliënten dat ze ook niet het idee hadden dat FIT iets heeft opgeleverd voor de affectieve band. Deels komt dit volgens hun door de ASS en deels omdat het een groepsbehandeling is. Behandelaar twee vertelt: *‘Dit had ik ook niet verwacht vanwege de doelgroep. Ze kunnen zich niet verplaatsen in het gevoel van een ander, dat empathische vermogen is er bijna niet. Het merendeel komt graag en dat is ook aan ons gekoppeld, dus het zal wel goed zijn. Bij een andere doelgroep kan ik daar denk ik meer uithalen’*. En behandelaar één zegt: *“Ook omdat het in groepsverband is denk ik. Want je hebt weinig tijd om individuele dingen met cliënten te bespreken, geen hele FIT tenminste. En een affectieve band in een groep is sowieso anders dan individueel”*.

4.5 De behandeldoelen en behandeltaken

Cliënt zes vertelde over de vragen over de behandeldoelen en behandeltaken; *‘Ik kon deze vragen eerlijk invullen. Als je de groep op dat moment niet leuk vond kon je dat gewoon zeggen’*. Dit komt overeen met wat alle andere cliënten zeiden tijdens de interviews. Elke cliënt vertelde dat ze geen gesprekken hebben gehad naar aanleiding van FIT over de behandeltaken en behandeldoelen. Op cliënt vijf na, die vertelde; *‘Op een gegeven moment konden ze wel zien in FIT dat het iets minder met mij ging en daar hadden we het wel over. Dat was fijn want toen gingen we wat dieper in op wat belangrijke dingen’*. De rest van de cliënten zeiden dat ze ook niet de behoefte hebben aan gesprekken hier over. *‘Dat vind ik een beetje overbodig. Ik vind dat de dingen die we doen wel bij me passen’* Zei cliënt vier. Ze vertelden dat ze snappen dat niet elke behandeling leuk kan zijn en dat sommige onderwerpen voor henzelf niet nuttig kunnen zijn, maar wel voor iemand anders uit de groep. *‘Het ene hoofdstuk past meer bij mijn autisme dan bij een ander. En misschien is soms een hoofdstuk voor iemand anders belangrijker dan voor mij’* vertelt cliënt één. De cliënten vertelden dat ze ook op het aspect de behandeltaken en behandeldoelen niet het idee hebben dat FIT hier iets in heeft veranderd.

Bij de vragen over de behandeltaken en behandeldoelen kwamen de gegeven antwoorden van de cliënten vaak overeen met wat de behandelaren observeerden tijdens de groep, vertelden de behandelaren. *‘Veel kwam wel overeen. We weten welke thema’s zij niet leuk vinden. Daar scoren we gewoon lager’* Vertelt behandelaar één. Behandelaar twee verteld dat ze denkt dat de vraag *“ik heb vandaag aan mijn doelen gewerkt”* niet geschikt is voor in een groepsbehandeling. *“Over die vraag heeft een enkeling wel eens iets gezegd. Hij is te vaag voor in een groep. Bij één op één therapie werk je in een aantal sessies aan je doel. Maar hier werkt niet iedereen elke sessie aan zijn doel. De ene keer werkt iemand meer aan zijn doel dan een ander”*. De andere behandelaar gaf aan dat deze vraag überhaupt niet geschikt is voor de doelgroep ASS. *‘Cliënten die hier zitten weten vaak helemaal niet wat hun behandeldoelen zijn. Die zijn wel opgesteld maar zij vatten behandeldoelen heel letterlijk op. De dus de vraag: ik heb vandaag gewerkt aan mijn doel. Doen ze onbewust wel, maar het is niet dat je letterlijk zegt: vandaag ga ik werken aan mijn sociale vaardigheden’*. Behandelaar twee vertelt dat deze problemen rondom de communicatie op te lossen zijn door regelmatig toe te lichten wat het nut is van de opdrachten tijdens de sessie. Het helpt om behandelonderwerpen concreet te maken. De behandelaren vertellen dat FIT volgens hen geen invloed heeft gehad op de behandeltaken en behandeldoelen. Het enige wat verandert is volgens behandelaar één betreft de behandeltaken in de

groep, is dat FIT erbij is gekomen als taak. *‘We gooien het programma om omdat FIT erbij in moet worden gepast. Dus het invoegen van FIT is voornamelijk een verandering’*. Daarnaast vertelt behandelaar twee dat wanneer de behandelaren merken dat een bepaald onderwerp veel leeft in de groep, ze hier meer aandacht voor hebben. *‘De onderwerpen van de groep is niks in veranderd. Het geeft iets richting. Als er bij drie kinderen uit komt dat het op school niet goed gaat kunnen we het onderwerp eerder aan bod laten komen. Het zou er sowieso over gaan. Maar dan komt het eerder aan bod’*. Wanneer er wordt gekeken naar de behandeldoelen van de cliënten vertellen de behandelaren dat zij niet het idee hebben gehad dat FIT hier effect op heeft gehad. Volgens hen komt dit doordat het een behandeling is in groepsverband. Behandelaar twee vertelt: *“Tijdens een individuele behandeling werk je in een aantal sessies naar je doelen toe. In groepsverband is dat anders omdat iedere cliënt een ander behandeldoel heeft en je niet tijdens elke sessie aan je doel kunt werken, soms past een onderwerp beter bij de doelen van een andere cliënt”*.

5. conclusie, discussie en aanbevelingen

In de conclusie worden de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek beantwoord. De opgestelde verwachtingen van dit onderzoek zijn gekoppeld aan de antwoorden op de hoofd- en deelvragen. De conclusies worden gekoppeld aan literatuur en worden bediscussieerd in de discussie. Verder wordt er in de discussie ingegaan op de betrouwbaarheid, validiteit en de bruikbaarheid van dit onderzoek. Tevens worden er aanbevelingen gedaan voor de praktijk om er voor te zorgen dat het vraagstuk van de organisatie kan worden opgelost.

5.1 Conclusie

Het aantal jongeren met ASS bij Jeugd GGZ Twente die vroegtijdig stoppen met de behandeling is relatief hoog. De therapeutische relatie speelt een belangrijke rol bij het vroegtijdig stoppen met een behandeling (Vandereyken et al., (2006). Het is wellicht moeilijker om een goede therapeutische relatie op te bouwen bij mensen met ASS omdat ze een beperkt empathisch vermogen hebben en problemen ervaren rondom de sociale en communicatieve vaardigheden (Baron-Cohen et al., 2009; Vermeulen & Degrieck, 2007). Jeugd GGZ Twente wil de therapeutische relatie onder deze doelgroep verbeteren door het inzetten van FIT tijdens de behandelingen. Doormiddel van dit onderzoek wil Jeugd GGZ Twente antwoord krijgen op de vraag in welke mate, en op welke manier FIT invloed heeft op de therapeutische relatie bij jongeren met ASS met een leeftijd tussen de 12 en 17 jaar. Met de resultaten van dit onderzoek wordt er gekeken naar in hoeverre FIT een geschikt instrument is om in te zetten voor het verbeteren van de therapeutische relatie bij mensen met ASS en op welke manier FIT het beste ingezet kan worden. Jeugd GGZ Twente wil met de inzet van FIT effectievere behandelingen aan kunnen bieden aan jongeren met ASS om zo drop-outs tegen te gaan. In dit onderzoek is er gekeken naar in welke mate FIT invloed heeft gehad op de drie aspecten van de therapeutische relatie : de affectieve band, de behandeldoelen en de behandeltaken. Daarnaast is er onderzocht wat de ervaringen van de cliënten en de behandelaren zijn over het werken met FIT.

Bij de start van dit onderzoek werd er verwacht dat FIT de minste invloed zou hebben op het aspect de affectieve band van de therapeutische relatie. Dit werd verwacht omdat mensen met ASS een beperkt empathisch vermogen hebben (Baron-Cohen et al., 2009). Het empathische vermogen is juist een belangrijke voorwaarde voor het opbouwen van de affectieve band binnen de therapeutische relatie (Hebbrecht et al., 2018). Uit de onderzoeksresultaten van de WAV-12 vragenlijsten blijkt inderdaad dat de minste cliënten vooruit zijn gegaan op het aspect 'de affectieve band' van de therapeutische relatie. Het verschil tussen de scores op de bandschaal uit de WAV-12 tussen de voor- en nameting zijn niet significant bevonden. In hoeverre het empathische vermogen hier de oorzaak voor is, is niet onderzocht. De behandelaren geven in de interviews aan dat zij wel denken dat dit komt door het gebrekkige empathische vermogen van de jongeren. Verder komt uit de interviews naar voren dat de cliënten en behandelaren niet van mening zijn dat FIT een bijdrage heeft geleverd aan de affectieve band bij jongeren met ASS. Ook geven de behandelaren aan dat FIT niet elke sessie is besproken met de cliënten door de slechte efficiëntie van het programma. Uit de resultaten van de WAV-12 en de interviews kan dus geconcludeerd worden dat FIT geen significant effect heeft gehad op de affectieve band van de therapeutische relatie.

Over de mate waarin FIT effect heeft op het aspect de behandeltaken van de therapeutische relatie kunnen er een aantal conclusies worden getrokken. Uit de onderzoeksresultaten van de WAV-12 vragenlijst zijn de meeste cliënten vooruit gegaan op het aspect 'de behandeltaken' van de therapeutische relatie. Dit verschil blijkt niet significant te zijn. Uit de interviews komt ook naar voren dat er door FIT geen verandering was op het aspect de behandeltaken volgens de cliënten en de behandelaren. Over het algemeen geven de cliënten aan al tevreden te zijn over de behandeltaken,

en hebben ze het idee dat FIT hierin niets heeft veranderd. De behandelaren vertellen dat het toevoegen van FIT de enige verandering is met betrekking tot de behandeltaken tijdens de behandeling. Met de resultaten uit de WAV-12 vragenlijsten en de interviews kan er gesteld worden dat FIT geen effect heeft gehad op de behandeltaken binnen de therapeutische relatie.

Om te bepalen in welke mate het werken met FIT invloed heeft gehad op het aspect de behandeldoelen van de therapeutische relatie, zijn de scores op de doelenschaal uit de WAV-12 met elkaar vergeleken. Uit de onderzoeksresultaten van de WAV-12 komt naar voren dat twee cliënten vooruit en twee cliënten achteruit zijn gegaan op de doelenschaal. De scores van de andere twee cliënten zijn hetzelfde gebleven. Deze uitkomsten zijn niet significant bevonden. Dit komt overeen met de interviews. Uit de interviews komt naar voren dat de cliënten en behandelaren niet het idee hebben dat FIT iets bijgedragen heeft aan de behandeldoelen van de cliënten. Dit heeft volgens de behandelaren te maken met de therapievorm, namelijk in groepsverband. Uit de literatuur komt ook naar voren dat het aspect de behandeldoelen anders werkt in groepsverband. Het aspect de behandeldoelen omvat de bereidheid van cliënten om zich actief in te zetten tijdens de groepsbehandeling voor het behalen van hun afzonderlijke behandeldoelen. De band onder de cliënten speelt hierbij een belangrijke rol (Baljon, 2009). Tijdens individuele behandelingen speelt de band tussen de cliënten geen rol maar gaat het alleen over de band tussen de cliënt en de behandelaar. Daarnaast is het volgens de behandelaren voor de doelgroep moeilijk om te kunnen herkennen wanneer ze echt aan hun doel hebben gewerkt. Dit doen ze wel tijdens de behandeling maar het is niet concreet genoeg om herkent te worden vertellen de behandelaren. Dit komt overeen met de gevonden literatuur. De zwakke centrale coherentie in de informatieverwerking van mensen met ASS zorgt ervoor dat ze elementen los van elkaar waarnemen en moeilijk tot de waarneming van een samenhangend betekenisvol geheel komen (Aerts et al., 2002). Het werken met FIT heeft dus geen effect gehad op het aspect de behandeldoelen van de therapeutische relatie.

Naast het effect van FIT op de therapeutische relatie is er ook onderzocht wat de ervaringen van de cliënten en behandelaren zijn over het werken met FIT. De cliënten vertellen tijdens de interviews dat ze FIT invullen 'omdat het moet' maar ze weten niet wat het doel is. Verder vonden de cliënten het fijn dat ze de vragen in FIT eerlijk kunnen invullen. De cliënten vonden de tijd die eraan FIT werd besteed prima. Op één cliënt na, die vond het te lang duren. De cliënten vertelden dat ze geen behoefte hadden aan het bespreken van FIT. De behandelaren vonden de tijd die er aan FIT besteed werd te veel. Volgens de behandelaren had dit te maken met de efficiëntie van het programma. Deze verloren tijd ging ten koste van het bespreken van FIT met de cliënten. De behandelaren vonden het fijn dat FIT openheid geeft, en dat je als behandelaar kritischer naar het eigen handelen moet kijken. Volgens de behandelaren ontstonden er wel moeilijkheden bij het invullen van een stelling uit FIT die ging over de behandeldoelen van de cliënten. Deze stelling is volgens de behandelaren niet duidelijk genoeg in verband met de communicatieve vaardigheden van de cliënten. Dit komt omdat het doel van de opdrachten tijdens de behandeling niet concreet genoeg naar voren komt. Dit komt overeen met de literatuur. Mensen met ASS ervaren moeilijkheden rondom de communicatieve vaardigheden. Ze nemen taal letterlijk en kunnen de betekenis niet uit een context opmaken (Vermeulen & Degrieck, 2007). Aan het begin van dit onderzoek werd er verwacht dat de cliënten moeilijkheden zouden ondervinden tijdens het invullen en bespreken van FIT. Dit lijkt dus inderdaad het geval te zijn. Het is alleen niet onderzocht in hoeverre de communicatieve vaardigheden hier de volledige oorzaak voor zijn geweest. Uit de resultaten van dit onderzoek kan gesteld worden dat de ervaring van de cliënten met FIT vrij neutraal is. Ze vinden het niet vervelend om met FIT te werken maar hebben ook niet het gevoel dat het iets heeft opgeleverd. De behandelaren zijn ontevreden over de efficiëntie van het programma maar zijn wel positief over een aantal aspecten van FIT. Zo komt naar voren dat door FIT bepaalde problemen bij de behandelaren worden opgemerkt waar gesprekjes met cliënten uit voort vloeien. Zonder FIT zouden deze problemen wellicht onopgemerkt blijven. FIT geeft meer openheid volgens de behandelaren. Daarnaast vinden ze het een voordeel dat FIT sturing geeft aan onderwerpen die aan bod komen tijdens de therapie.

Met de antwoorden op de deelvragen kan er gekeken worden naar in welke mate en op welke manier FIT een bijdrage levert aan de therapeutische relatie van cliënten met ASS met een leeftijd tussen de 12 en 17 jaar bij Jeugd GGZ Twente. De verschillen tussen de uitslagen van de voor- en nameting uit de WAV-12 blijken allemaal niet significant. Ook uit de interviews met de cliënten en de behandelaren komt naar voren dat ze van mening zijn dat FIT op geen enkel aspect van de therapeutische relatie invloed heeft gehad. Wel levert FIT enkele voordelen op voor de behandelaren. Ondanks deze voordelen kan er worden gesteld dat FIT geen bijdrage heeft geleverd aan de therapeutische relatie bij de jongeren met ASS. Dit komt niet overeen met wat er werd verwacht voorafgaand aan dit onderzoek. Er werd verwacht dat FIT wel een bijdrage zou leveren aan de therapeutische relatie bij jongeren met ASS. Dit kwam omdat uit verschillende onderzoeken is gebleken dat FIT een positieve bijdrage levert aan de therapeutische relatie onder verschillende andere cliëntengroepen (Manessen, 2019., Addink & Lekkerkerk, 2014). Deze verwachting is dus niet uitgekomen.

5.2 Discussie

Uit de uitkomsten van dit onderzoek blijkt dat de therapeutische relatie niet significant veranderd is door de inzet van FIT. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat FIT niet op de juiste manier is ingezet. De behandelaren geven tijdens de interviews aan dat ze geen tijd hadden voor het bespreken van de uitkomsten uit FIT met de cliënten. Interventies blijken in de praktijk niet altijd even effectief te zijn als uit onderzoeken naar voren komt. Een belangrijke oorzaak hiervan is een onjuiste of niet volledige uitvoering van de interventie (Fagan et al., 2005; Hanson, Hawkins, & Arthur, 2008). Het niet op de juiste manier inzetten van FIT zou er voor gezorgd kunnen hebben dat FIT weinig effect heeft gehad op de therapeutische relatie bij mensen met ASS.

Een andere mogelijke verklaring voor het feit dat er geen significant verschil op de therapeutische relatie naar voren komt, is dat FIT niet goed aansluit op de doelgroep. De behandelaren vertellen tijdens de interviews dat niet elke stelling uit FIT past bij een groepsbehandeling. De therapeutische relatie in een groepsbehandeling wordt gezien als de verbintenis tussen een cliënt, zijn groepsleden en de behandelaar (de groepsdynamiek). De band onder de cliënten speelt een belangrijke rol in het ontwikkelen van de groepsdynamiek (Baljon, 2009). Omdat de groepsdynamiek een grote rol speelt is het mogelijk moeilijker om aan individuele aspecten van de therapeutische relatie te werken in groepsverband. Dit kan er voor zorgen dat niet elke stelling uit FIT aansluit op de doelgroep aangezien de gebruikte versie voor FIT gemaakt is voor individuele behandelingen. Ook vertellen de behandelaren dat niet elke stelling uit FIT aansluit op mensen met ASS. Daarbij gaven de cliënten aan dat ze het verband niet zagen tussen het werken met FIT en de therapeutische relatie. Dit kan komen doordat mensen met ASS elementen los van elkaar waarnemen en moeilijk tot de waarneming van een samenhangend betekenisvol geheel komen (Aerts et al., 2002). Hierdoor kan het zijn dat de cliënten de vragen in FIT niet goed konden beantwoorden waardoor FIT inderdaad niet aansluit op mensen met ASS. Voor het effectief inzetten van een interventie is het belangrijk dat deze wel aansluit bij de cliënt. Anders kan het zijn dat de interventie bij cliënten wordt uitgevoerd waarvoor deze helemaal niet geschikt is (Stals, 2012). Dit zou dus een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de resultaten van het onderzoek waaruit blijkt dat FIT geen significant effect heeft gehad op de therapeutische relatie.

Een ander punt wat de betrouwbaarheid van de resultaten uit dit onderzoek beïnvloed is het feit dat er alleen gebruik is gemaakt van een voor- en nameting. Een voor- en nameting is niet voldoende om een statistisch significant verschil aan te tonen bij het onderzoeken of een interventie effect heeft gehad. Het verschil kan namelijk veroorzaakt zijn door andere zaken zoals, een omslag van het weer, de samenstelling van de groep, of puur omdat dezelfde vragenlijst een tweede keer wordt afgenomen (Russ-Eft & Preskill, 2005). De uitkomsten uit FIT zijn niet meegenomen in de resultaten

van dit onderzoek. Wanneer de uitkomsten van FIT afgezet zouden zijn tegenover de resultaten uit de WAV-12, zou er een betrouwbaarder beeld kunnen worden gevormd over hoe de therapeutische relatie in de tien weken is veranderd. Ook zou het hierdoor duidelijker zijn of FIT voor deze veranderingen zou hebben gezorgd. Wanneer er echter alleen gebruik wordt gemaakt van een voor-en nameting is het daarnaast wenselijk om een controlegroep in te zetten die niet gebruik maakt van FIT tijdens de behandeling. Hiermee kan er worden onderzocht of FIT daadwerkelijk zorgt voor een significant verschil in de therapeutische relatie bij de testgroep ten opzichte van de controlegroep. De controlegroep moet gelijk zijn aan de testgroep qua aantal deelnemers, samenstelling, leeftijdsopbouw, problematiek en dient dezelfde behandeling te volgen (Wang & Wilcox, 2006).

De WAV-12 sluit niet volledig aan op de doelgroep wat de validiteit en betrouwbaarheid van deze vragenlijst en de onderzoeksresultaten beïnvloed. De WAV-12 is namelijk ontworpen voor volwassenen zonder ASS. Doordat de WAV-12 voor de officiële afname is getest op een proefpersoon is de face-validiteit van de vragenlijst vergroot. Dit draagt bij aan het vergroten van de validiteit van een instrument dat niet aansluit op de doelgroep (Korzilius, 2000). Een andere factor wat mogelijk de betrouwbaarheid van de WAV-12 beïnvloed heeft is het werkgeheugen van de jongeren met ASS. Mensen met ASS hebben vaak een goed ontwikkeld lange termijn geheugen maar ervaren moeilijkheden wanneer het werkgeheugen moet worden aangesproken (Perrone, 2017). Hierdoor konden de cliënten de vragen uit de WAV-12 wellicht niet goed invullen aangezien de vragen gaan over wat ze 'de afgelopen tijd' vonden van de therapeutische relatie. Om dit te kunnen herinneren moet het werkgeheugen worden aangesproken. Dit maakt de kans op meetfouten tijdens de afnames van de WAV-12 groter. Verder komt uit de resultaten van de WAV-12 naar voren dat de interne consistentie op de doelenschaal te laag is ($\alpha = ,548$). Dit maakt dat er minder betrouwbare conclusies kunnen worden getrokken uit de uitkomsten van de doelenschaal. De interne consistentie op de bandschaal ($\alpha = ,884$) en de takenschaal ($\alpha = ,847$) waren wel goed. Verder is het mogelijk dat de cliënten sociaal wenselijk antwoord hebben gegeven omdat de WAV-12 gaat over de therapeutische relatie. Sociaal wenselijk antwoorden heeft een negatieve invloed op de betrouwbaarheid van een onderzoek (Korzilius, 2000). Wel is de vraag in hoeverre de cliënten vragen sociaal wenselijk in kunnen vullen aangezien ze een gering inlevingsvermogen hebben. Om de kans op sociaal wenselijke antwoorden te verkleinen is het invullen van de WAV-12 anoniem gebeurd. Verder kunnen er toevallige fouten zijn gemaakt tijdens het invullen van de WAV-12 door de communicatieve problemen van de jongeren met ASS. De koppeling van betekenis aan woorden is zeer moeilijk voor kinderen met ASS. Zij nemen woorden letterlijk en kunnen de betekenis van woorden niet uit een context opmaken (Vermeulen & Degrieck, 2007). Mogelijk interpreteerden de cliënten hierdoor bepaalde stellingen uit de WAV-12 anders. Dit beïnvloedt de betrouwbaarheid.

Voor de validiteit en betrouwbaarheid van de interviews met de cliënten geldt hetzelfde als voor de WAV-12. Het interviewschema is geen bestaand interviewschema maar is ontworpen tijdens dit onderzoek. Hierdoor is het niet duidelijk in hoeverre het interviewschema aansluit op de cliënten. Ook hier is er geprobeerd om de face-validiteit te vergroten door het interviewschema eerst te testen op een proefpersoon. Ook is er een kans dat de interviews minder betrouwbaar zijn door toevallige meetfouten. De stemming van de cliënt of de interviewer kunnen het interview bijvoorbeeld hebben beïnvloed. Ook speelt het slechte werkgeheugen van de cliënten een rol bij mogelijk meetfouten. Aangezien de cliënten tijdens het interview na moesten denken over het werken met FIT van de afgelopen tien weken. Daarnaast kunnen de communicatieve problemen van de jongeren met ASS er voor gezorgd hebben dat vragen verkeerd zijn geïnterpreteerd. Ook tijdens de interviews met de behandelaren zou deze ruis voor meetfouten kunnen hebben gezorgd. Het zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat vragen verkeerd zijn opgevat of dat de geluiden uit de behandelgroep voor afleiding hebben gezorgd omdat de interviews van de behandelaren in dezelfde ruimte is afgenomen als waar de groepsbehandeling plaatsvond. De combinatie van een kwalitatief en kwantitatief onderzoek is wel een sterk punt van dit onderzoek. Wanneer kwalitatieve en

kwantitatieve methoden samen worden uitgevoerd, kan het zorgen voor een meer volledig beeld van de onderzochte situatie (Boer, 2016).

De steekproef zes cliënten met ASS in dit onderzoek is relatief klein. Hierdoor neemt de generaliseerbaarheid en bruikbaarheid van dit onderzoek af (Korzilius, 2000). De uitkomsten van dit onderzoek zegt dus alleen iets over deze groep jongeren met ASS die een groepsbehandeling volgen bij Jeugd GGZ Twente, en zegt niets over het effect van FIT op de therapeutische relatie bij jongeren met ASS in het algemeen. Wanneer de steekproef groter zou zijn zouden de resultaten beter generaliseerbaar zijn. Ook zou een paired samples t-test beter in te zetten zijn wanneer de steekproef groter is. Daarbij is de steekproef onder de behandelaren ook te klein. De resultaten zeggen alleen iets over de ervaring met FIT van deze twee behandelaren die werken met de zes cliënten uit dit onderzoek bij Jeugd GGZ Twente. Er zou een beter beeld kunnen worden gevormd over wat behandelaren vinden van het werken met FIT onder jongeren met ASS wanneer er meer behandelaren zouden deelnemen aan dit onderzoek.

5.3 Aanbevelingen voor de praktijk

Verschillende onderzoeken die het belang van de therapeutische relatie op het behandelresultaat meten zijn uitgevoerd onder cliënten zonder ASS. Het is niet duidelijk in hoeverre de therapeutische relatie ook een rol speelt op de behandelresultaten van mensen met ASS. De vraag dus is of FIT voor dezelfde resultaten kan zorgen bij deze doelgroep, en of FIT nuttig is voor het verbeteren van therapeutische relatie bij mensen met ASS. FIT is net als de ROM een instrument die de voortgang van een behandeling monitort. Over de inzet van de ROM vertelt Klaver (2013) dat de vragenlijsten die worden gehanteerd afgestemd moeten worden op de situatie van de cliënt, en dat deze samen met de cliënt doorlopen moeten worden. Uit de resultaten van dit onderzoek lijkt FIT niet goed aan te sluiten op de cliënt. Aangezien mensen met ASS vaak visueel sterk zijn maar moeilijkheden ervaren wanneer het werkgeheugen moet worden aangesproken, past de inzet van een Visueel Analoge Schaal met een aantal korte concrete vragen over hoe de cliënten er op dit moment bij zitten wellicht beter bij mensen met ASS.

Aan de andere kant heeft FIT wel gezorgd voor andere voordelen die niet direct betrekking hebben op de therapeutische relatie. Zo vertellen de behandelaren dat zij door de uitkomsten van FIT kritischer moeten kijken naar hun eigen handelen. FIT geeft volgens de behandelaren meer sturing aan gespreksonderwerpen tijdens de behandelsessies en worden bepaalde problemen bij cliënten opgemerkt dankzij FIT. Door deze voordelen kan Jeugd GGZ Twente er voor kiezen om toch te blijven werken met FIT onder jongeren met ASS. Er komen een aantal dingen uit dit onderzoek naar voren die meegenomen kunnen worden bij het werken met FIT onder deze doelgroep. Zo geven de behandelaren aan dat FIT efficiënter werkt op een tablet dan op een laptop. Efficiëntie is een van de belangrijkste aspecten van gebruiksvriendelijkheid (Tullis & Albert, 2008). Wanneer de behandelaren gebruik kunnen maken van tablets gaat er minder tijd verloren aan het opstarten van FIT waardoor er meer tijd over blijft voor het bespreken van de uitkomsten. Verder vertelden de behandelaren tijdens de interviews dat de stelling over behandelresultaten niet past bij een groepsbehandeling. Aangezien er geen versie van FIT voor groepsbehandelingen beschikbaar is bij jeugd GGZ Twente is het aan te raden om deze alsnog te verkrijgen. Verder sluit de stelling 'ik heb gewerkt aan mijn behandelresultaten' volgens de behandelaren niet aan op mensen met ASS. Het werken aan behandelresultaten komt volgens hen niet concreet genoeg naar voren tijdens de behandelingen. Behandelaar twee vertelt dat deze problemen rondom de communicatie op te lossen zijn door regelmatig toe te lichten wat het nut is van de opdrachten tijdens de sessie. Het is dan ook aan te raden om het doel van de opdrachten van tevoren duidelijk te maken en hier eventueel aan het einde van de sessie opnieuw op terug komen. Zo kan de stelling over het werken aan behandelresultaten wellicht beter worden ingevuld door de cliënten.

Indien Jeugd GGZ Twente FIT specifiek wil inzetten voor het verbeteren van de therapeutische relatie bij jongeren met ASS, is het aan te raden om een vervolg onderzoek te starten naar hoe de therapeutische relatie precies werkt bij deze doelgroep. Hierin moet worden onderzocht welke aspecten van de therapeutische relatie belangrijk zijn bij jongeren met ASS. Daarbij kan er worden onderzocht hoe een goede relatie kan worden opgebouwd met de doelgroep ondanks het beperkte empathische vermogen en de communicatieve problemen van de cliënten. Daarnaast is het aan te raden om te onderzoeken in hoeverre de therapeutische relatie echt een rol speelt op het effect van de behandeling bij mensen met ASS en op het drop-out percentage van deze doelgroep.

Als Jeugd GGZ Twente betrouwbaardere resultaten wil over het effect van FIT op de therapeutische relatie bij jongeren met ASS, kan een TP student hier opnieuw een onderzoek naar verrichten. Tijdens het onderzoek kunnen de discussiepunten uit dit onderzoek worden meegenomen. Zo bevat dit onderzoek alleen een voor- en nameting zonder dat er gebruik is gemaakt van een controle groep. Om toch betrouwbaardere uitspraken te kunnen doen over het effect van een interventie is het wenselijk om een controlegroep in te zetten wanneer er alleen gebruik wordt gemaakt van een voor- en nameting. De controlegroep werkt niet met FIT tijdens de behandeling en moet gelijk zijn aan de testgroep qua aantal deelnemers, samenstelling, leeftijdsopbouw, problematiek en behandeling. Daarnaast zou een grotere groep cliënten de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroten. Om ook vanuit het perspectief van de behandelaren betrouwbaardere informatie te kunnen verzamelen zouden er meer behandelaren deel moeten nemen aan het onderzoek. Net als in dit onderzoek kan er tijdens de dataverzameling van het nieuwe onderzoek gebruik worden gemaakt van een mixed methodes onderzoek. Wel is het wenselijk om in dit vervolgonderzoek toch de uitkomsten uit FIT mee te nemen in de resultaten. Zo kan er een completer beeld gevormd over hoe de kwaliteit van de therapeutische relatie veranderd en of FIT daadwerkelijk voor deze veranderingen heeft gezorgd.

Bibliografie

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. In *Clinical Psychology Review*. Pergamon.
- Addink A, L. L. (2004). *Feedback Informed Treatment bij jeugd –en opvoedhulp. Een onderzoek bij Trias naar het werken met FIT*. Opgeroepen op 07 11, 2019, van <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Feedback-Informed-Treatment-in-jeugd--en-opvoedhulp.pdf>.
- Aerts, S., Berger, H., van den Bogart-Bex, P., van der Sijde, A., & Teunisse, J. (2002). Cognitieve stijlenmerken bij jongeren met een autisme-spectrum-stoornis. *tijdschrift voor psychiatrie*, 83-94.
- Allemand, M., Steiger, A., & Fend, H. (2015). Empathy development in adolescence predicts social competencies in adulthood. In *Journal of Personality* (pp. 83(2), 229-241).
- Baarda, B. (2014). Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Groningen/Houten: Noordhoff.
- Baarda, B., & Hulst, M. v. (2017). *Basisboek Interviewen. Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baljon, M. (2009, mei 15). *Therapeutische relatie*. Opgehaald van Psychologie AHMAS: <http://psychologie.ahmas.nl/modules/pagesahmas/php/view.php?id=19478&rev=-1>
- baron-Cohen, S., & Ashwin, E. (2009). Can emotion recognition be taught to children with autism spectrum conditions? . In *Philosophical Transactions: Biological Sciences* (pp. 364(1535), 3567 – 3574).
- Bax, A., & Berkel, H. (2006). *Toetsen in het hoger onderwijs*. Houten: Bohn Stafleu van Houten.
- Beurskens, S., Peppen, R., Stutterheim, E., Squire, R., & Wittink, H. (2008). *Meten in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Björk, T., Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S., & Norring, C. (2009). What happened to the ones that dropped out? Outcome in eating disorder patients who complete or prematurely terminate treatment. In *European Eating Disorders Review* (pp. 17, 109-119).
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Boer, F. (2016). Mixed Methods : een nieuwe methodologische benadering? *Kwalon. Tijdschrift voor kwalitatief onderzoek*.
- Bogdashina, O. (2004). *Waarneming en zintuiglijke ervaringen bij mensen met autisme en aspergersyndroom*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Bohart, A. C. (2002). Empathy. In *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 89-108). Oxford: Oxford University Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. In *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (pp. 16: 252-60).
- Bruinsma, W., & Konijn, C. (2008). Antwoord op veelgestelde vragen over effectiviteit. *Jeugd en Co Kennis*, 17-23.
- Chênevert, C., & de Lange, M. (2009). Borgen van interventies: onderhouden en monitoren van de uitvoering. *Nederlands Jeugdinstituut*.
- Cooper, M. (2004). Towards a relationally-oriented approach to therapy: Empirical support and analysis. . In *British Journal of Guidance and Counselling* (pp. 451-460).
- Cooper, M. (2008). *Essential Research Findings in Counseling and Psychotherapy; The facts are friendly*. London: Sage.
- Cramer, D., & Howitt, D. (2007). *Statistiek in de sociale wetenschappen*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

- Creswell, J. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Los Angeles: Sage.
- Crouzen, M. (2010). *Handleiding Client Directed Outcome Informed (CDOI)*.
- de Jong, K., Segaar, J., Ingenhoven, T., van Busschbach, J., & Timmen, R. (2017). Adverse effects of outcome monitoring feedback in patients with personality disorders: A randomized controlled trial in day treatment and inpatient settings. *Journal of Personality Disorders*, 31, 297.
- Dingemanse, K. (2019, September 11). *Voorbeeld topiclijst interview*. Opgehaald van scribbr: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/voorbeeld-topiclijst-interview/>
- Duncan, B. L., Miller, s. D., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a "Working" Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy*, Volume 3, Number 1.
- Elliott, R., & Freire, E. (2007). Classical person-centered and experiential perspectives on Rogers (1957). *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3), 285–288.
- Fagan A.A., H. K. (2008). Bridging science to practice: achieving prevention program implementation fidelity in the community youth development study. *American Journal of Community Psychology*, 235-249.
- Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: therapeutic relationships problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. In *Journal of consulting and Clinical Psychology* (pp. 70(2), 439-443).
- Gerretsen, P. &. (2008). The Physician: A Secure Base. In J. o. Oncology.
- GGZ, J. (sd). *Over jeugd GGZ*. Opgehaald van JeugdGGZ: <https://www.jeugdggz.nl/over-jeugd-ggz>
- Greenson, D., Nemiroff, R., & Sugarman, A. (2011). *The Technique and Practice of Psychoanalysis: A Memorial Volume to Ralph R. Greenson*. Karnac Books Ltd.
- Hebbrecht, M., Nicolai, N., & Vanaerschot, G. (2018). *Empathie: Het geheime wapen van psychiaters en psychotherapeuten*. Houten: Bohn stafleu van loghum.
- Hill, E. C. (2009). Processing the Therapeutic Relationship. In *Psychotherapy Research* (pp. 13-29).
- Juttman, R., Klazinga, N., Mackenbach, J., & Plochg, T. (2007). *Handboek gezondheidszorgonderzoek*. Houten: Bogn Stafleu van Loghum.
- Klaver, C. (2013). ROM verstoort de psychotherapeutische relatie. *Tijdschrift Psychotherapie*, 201-202.
- Korzilius, H. (2000). *De kern van survey-onderzoek*. Assen: Van Gorkum & Comp.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it Time for Clinicians to Routinely Track Patient Outcome? A meta-analysis. *Clin Psychol: Sci Pract*.
- Littell, J., Alexander, L., & Reynolds, W. (2001). Client participation: Central and underinvestigated elements of intervention. *Social Service Review*, 75, 1-28.
- Loon van, D., Meulen van der, B. F., & Minnaert, A. E. (2015). *Effectonderzoek in de gedragswetenschappen. Een introductie*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Mannessen, L. (2019). *Hoe FIT is jeugd GGZ Twente*. Enschede: Saxion Hogeschool.
- McDonald, N., & Messinger, D. (2001). The development of empathy: How, when, and why. In A. A. J. J. Sanguinetti, *Moral behavior and free will: A neurobiological and philosophical approach* (pp. 333–359). Rome: IF-Press.

- Miller, S. D. (2011). *Psychometrics of the ORS and SRS. Results from RCTs and Meta-analyses of Routine Outcome Monitoring & Feedback. The Available Evidence*. Opgehaald van Slideshare: <http://www.slideshare.net/scottdmiller/measures-and-feedback-january-2011>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2004). The Partners for Change Outcome Management System. In *Journal of clinical psychology* (pp. 6(12), 199-208).
- Over Jeugd GGZ Twente. (z.d.). Opgehaald van Jeugd GGZ Twente: <https://www.jeugdggz.nl/over-jeugd-ggz>
- Perrone, M. (2017). *Autisme glaShelder uitgelegd*. Antwerpen-Apeldoorn: Cyclus.
- Plooi, F. (2008). *Onderzoek doen*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Polaschek, D. L. (2010). Do early therapeutic alliance, motivation and stages of change predict therapy change for high-risk, psychopathic violent prisoners? In *Criminal Behaviour and Mental Health* (pp. 20(2), 100-111).
- Raad voor de Volksgezondheid. (2013). *De participerende patiënt*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid.
- Reijen van, J., & Haans, T. (2008). *Groepsdynamica in gedragstherapeutische en psychodynamische groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Russ-Eft, D., & Preskill, H. (2005). In search of the Holy Grail: Return on investment evaluation in human resource development. *Advances in Developing Human Resources*, 71-85.
- Sijtsma, K. (2009). On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika*, 107-120.
- Stals, K. (2012). De cirkel is rond. Onderzoek naar succesvolle implementatie van interventies in de jeugdzorg. *Academisch proefschrift, Universiteit Utrecht*.
- Stinckens, N., Ulburghs, A., & Claes, L. (2009). De werkalliantie als sleutelement in het therapiegebeuren. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 44-60.
- Tongeren, P. (2012). *Leven is een kunst: over morele ervaring, deugdedthiek en levenskunst*. Zoetermeer: Klement.
- Towle, A., & Godolphin, W. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making...including commentary by Greenhalgh T and Gambrill J. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, 319(7212), 766-771.
- Tullis, T., & Albert, B. (2008). *Measuring the User Experience: Collecting, Analyzing, and Presenting Usability Metrics*. Burlington, Massachusetts, MK: Morgan Kaufmann.
- van Engeland, H., Minderaa, R. B., Schothorst, P. F., Stockman, A., van der Gaag, R. J., M., & Westermann, G. A. (Z.D.). Richtlijn diagnostiek en behandeling van Autisme Spectrum Stoornissen (ASS) .
- Van Houdenhove, B. (2001). Listening to CFS, why we should pay more attention to the story of the patient. In *ournal of Psychosomatic Research* (pp. 495-499).
- Vandereyken, W., & e.a. (2006). *Handboek psychopathologie; deel 2 klinische praktijk*. Houten: Bohn, Stafleu van Lochem.
- Vermeulen, P., & Degrieck, S. (2007). *Mijn kind heeft autisme*. Tiel: Uitgeverij Lannoo nv.
- Vertommen, V. (1990). Werkalliantievragenlijst (WAV) - Verkorte vorm. In *Vertaling van de Working Alliance Inventory (WAI)*. Horvath en Greenberg.
- Wang, G., & Wilcox, D. (2006). Training evaluation: Knowing more than is practiced. *Advances in Developing Human Resources*, 528-539.
- Westermann, G., & Maurer, J. (2015). Gedeelde besluitvorming in de GGZ: het advies in de jeugd-GGZ als voorbeeld. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 352 – 360.

Bijlage 1. ORS voor kinderen (CORS)

Aan het begin van elke behandelsessie wordt de CORS afgenomen. De eerste drie items gaan over het welbevinden van de cliënt op het gebied van individueel welbevinden, de relatie met familie en vrienden, en het sociale gebied gemeten. Het vierde item laat zien hoe het over het algemeen gaat met de cliënt. De cliënt een kruis op de lijn zetten tussen de smileys. Hierdoor geeft hij aan hoe hij zich voelt. Dichterbij het lachende gezichtje is een positief gevoel, en dichterbij het sombere gezichtje geeft een negatief gevoel aan over dit onderwerp. De behandelaar bespreekt de resultaten van de vragen met de cliënt tijdens de behandelsessie.

Child Outcome Rating Scale: Hoe gaat het met jou?

Naam: _____

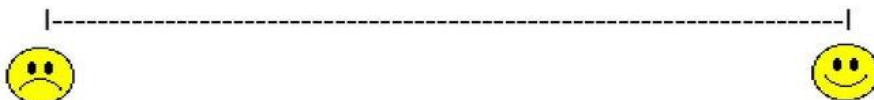
Leeftijd: ____ jaar Geslacht: M / V

Datum: ____ (dag) ____ (maand) 20____ (jaar) Behandelcontact nr. ____

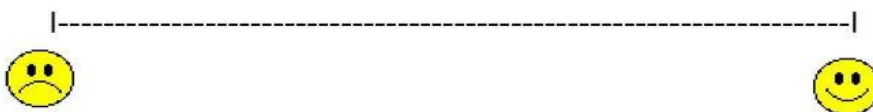
Bent u de ouder of verzorger, vult u dan het formulier is zoals u denkt hoe het kind het doet.

We willen graag weten hoe het met jou gaat en hoe de dingen in jouw leven gaan. Zet op elke lijn een kruisje. Hoe dichterbij het kruisje bij het lachende gezichtje, hoe beter het gaat. Dichterbij het verdrietige gezichtje betekent dat het minder goed gaat.

Ik
(Hoe gaat het met mij?)



Thuis
(Hoe gaan de dingen thuis?)



School
(Hoe gaat het met mij op school?)



Alles
(Hoe gaat alles bij elkaar?)



Bijlage 2. SRS voor kinderen (CSRS)

CSRS wordt aan het eind van elk gesprek afgenomen. Hier wordt gekeken naar hoe de cliënt de sessie heeft ervaren. De eerste drie items gaan over de relatie met de behandelaar, de doelen, de onderwerpen, en de werkwijze van de sessie. Het vierde item meet een algeheel oordeel van de sessie. De CSRS is bedoeld om relatie tussen cliënt en behandelaar te kunnen verbeteren. Het invullen van de vragenlijsten gaan op dezelfde manier als bij de CORS. En wederom kunnen de resultaten worden besproken tijdens de behandelsessie.

Child Session Rating Scale: Hoe vond je het vandaag hier?

Naam: _____

Leeftijd: ____ jaar Geslacht: M / V

Datum: ____ (dag) ____ (maand) 20____ (jaar) Behandelcontact nr. ____

Hoe vond je het om vandaag hier te zijn? Zet een kruisje op elke lijn om ons te laten weten hoe je het vond.

Luisteren

luisterde niet altijd
naar me.



luisterde naar me.

Hoe belangrijk

Wat we hebben
gedaan en waar we
over hebben gepraat
was niet zo
belangrijk voor mij.



Wat we hebben
gedaan en waar
we over hebben
gepraat was
belangrijk voor
mij.

Wat we hebben gedaan

Ik vond wat
we vandaag
hebben
gedaan niet
fijn



Ik vond wat
we
vandaag
hebben
gedaan fijn.

Alles bij elkaar

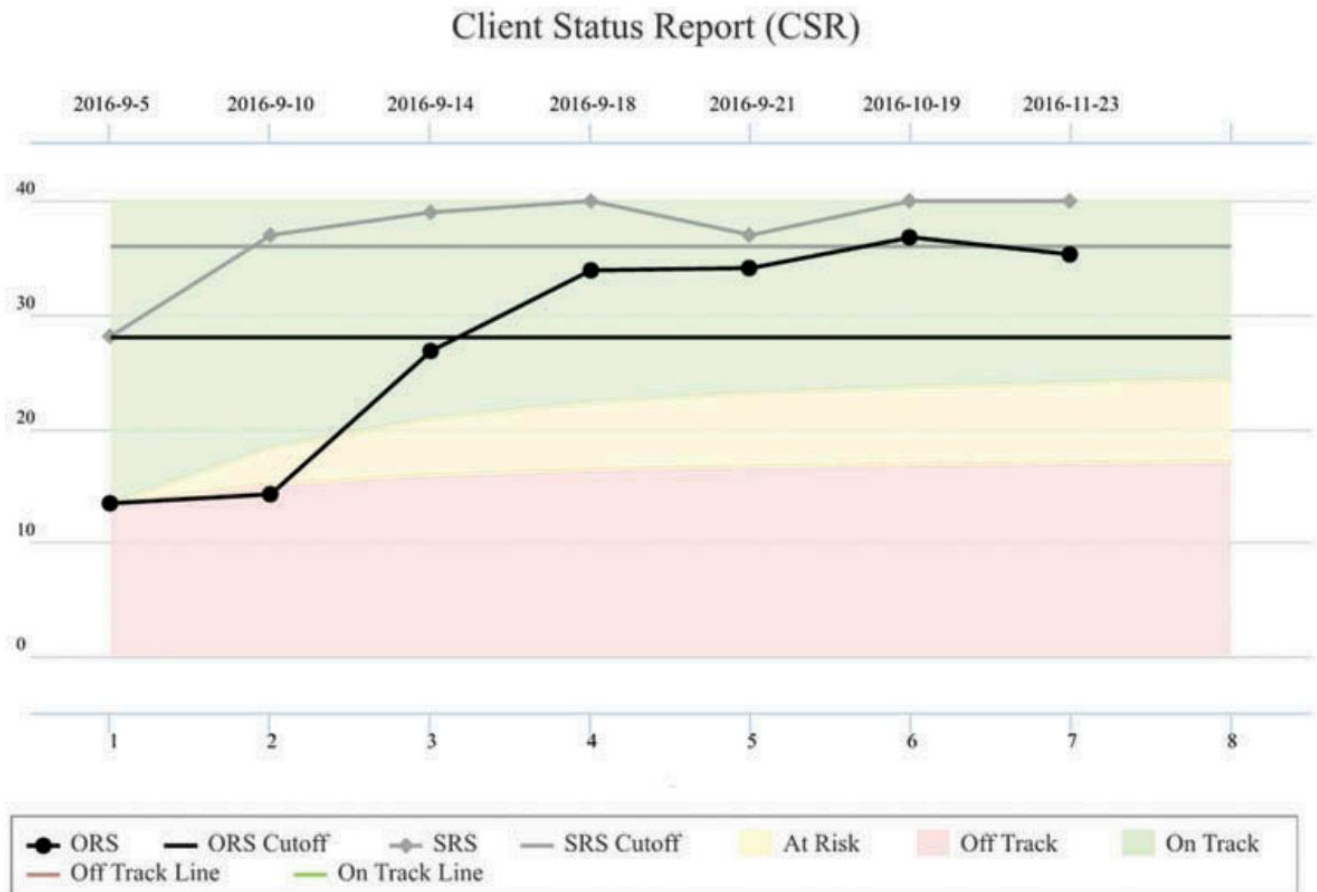
Ik zou willen dat we
iets anders konden
gaan doen.



Ik hoop dat we de
volgende keer
dezelfde soort
dingen gaan
doen.

Bijlage 3. Voorbeeld grafiek ORS en SRS

Alle resultaten van de ORS en SRS kunnen over een langere periode weergegeven worden in een grafiek. Hierin is de voortgang te zien. En of de cliënt een groter risico loopt op een negatieve uitkomst van de therapie, of zelfs te stoppen met de therapie (het rode gebied). Aan de andere kant geeft de grafiek ook weer of je juist in de goede richting zit met de therapie en of er waarschijnlijk een positief resultaat van de behandeling zal zijn (het gele en groene gebied).



Werkalliantievragenlijst (WAV) – Verkorte Vorm

Vorm Cliënt

Vertommen & Vervaeke, 1990
Vertaling van de Working Alliance Inventory (WAI)
van HORVATH en GREENBERG, 1982

Instructies

Op de volgende pagina's worden een aantal omschrijvingen gegeven over de wijzen waarop mensen kunnen denken of voelen omtrent de relatie met hun therapeut. Onder elke uitspraak bevinden zich vijf mogelijkheden om te antwoorden:

ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWILS / ZEER VAAK / ALTIJD

Indien de uitspraak aangeeft hoe u zich altijd voelt (of hoe u altijd denkt), omcirkelt u de antwoordmogelijkheid **ALTIJD**. Als ze nooit op u van toepassing is, omcirkelt u de antwoordmogelijkheid **ZELDEN OF NOOIT**. Gebruik de alternatieven tussenin om de variaties tussen deze extremen te beschrijven.

Werk snel: wij wensen uw eerste indrukken na te gaan.

GEEF EEN ANTWOORD OP ALLE UITSPRAKEN

Hartelijk dank voor uw medewerking.

1. Een resultaat van deze sessies is dat het voor mij duidelijker is hoe ik zou kunnen veranderen.

ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWILS / HEEL VAAK / ALTIJD

2. Wat ik doe in therapie, geeft mij een nieuwe kijk op mijn probleem.

ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWILS / HEEL VAAK / ALTIJD

3. Ik geloof dat mijn therapeut(e) mij aardig vindt.

ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWILS / HEEL VAAK / ALTIJD

4. Mijn therapeut(e) en ikzelf werken samen bij het bepalen van de doelstellingen voor mijn therapie.

ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWILS / HEEL VAAK / ALTIJD

5. Mijn therapeut(e) en ik respecteren elkaar.

ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWILS / HEEL VAAK / ALTIJD

6. Mijn therapeut(e) en ik werken naar de doelstellingen toe die we beiden goedkeurden.

ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWILS / HEEL VAAK / ALTIJD

7. Ik voel dat mijn therapeut(e) mij apprecieert.

ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWILS / HEEL VAAK / ALTIJD

8. Wij zijn het eens over wat voor mij belangrijk is om aan te werken

ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWILS / HEEL VAAK / ALTIJD

9. Ik voel dat mijn therapeut(e) om mij geeft, zelfs wanneer ik dingen doe die hij/zij niet goedkeurt.

ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWILS / HEEL VAAK / ALTIJD

10. Ik voel dat de dingen die ik in therapie doe, mij zullen helpen om de veranderingen die ik wil, te bereiken.

ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWILS / HEEL VAAK / ALTIJD

11. We hebben ons een goed begrip gevormd van het soort veranderingen die goed zouden zijn voor mij.

ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWILS / HEEL VAAK / ALTIJD

12. Ik geloof dat de manier waarop we aan mijn probleem werken, de juiste is.

ZELDEN OF NOOIT / SOMS / DIKWILS / HEEL VAAK / ALTIJD

Bijlage 5. Bief naar ouders van respondenten voor toestemming

Beste verzorgers/ouders,

Uw zoon/dochter is gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek naar de invloed van FIT op de therapeutische relatie. In de weken van 25 november en 2 december 2019 start de dataverzameling voor het onderzoek en zal gedaan worden door Manouk Vaneker. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van de opleiding Toegepaste Psychologie aan de Hogeschool Saxion te Deventer.

Jeugd GGZ Twente gaat starten met een nieuw programma genaamd FIT. FIT is een programma waarbij de voortgang van de cliënt tijdens de therapie wordt gemonitord. Zo wordt het snel herkend wanneer een cliënt niet vooruit gaat tijdens de therapie of wanneer de cliënt ontevreden is over zijn relatie met de behandelaar. Doormiddel van FIT wil Jeugd GGZ Twente de therapeutische relatie verbeteren om zo een snellere en meer succesvolle therapie aan te kunnen bieden.

Het doel van dit onderzoek is om te meten of het programma FIT effect heeft op de therapeutische relatie bij jongeren met een autisme spectrum stoornis. Daarnaast wordt gekeken naar de algemene ervaring van de cliënten met het programma FIT. Voor dit onderzoek worden er twee vragenlijsten en een interview afgenomen. Uw zoon/dochter wordt dus gevraagd om twee vragenlijsten van ongeveer 10 minuten per stuk in te vullen en om mee te doen aan een interview van ongeveer 45 minuten.

Het interview wordt opgenomen op een voicerecorder en vervolgens uitgetypt om de data te kunnen analyseren. Tijdens het uittypen worden de gegevens van uw zoon/dochter anoniem verwerkt. De opname wordt na verwerking door mij persoonlijk direct verwijderd. Alle gegevens tijdens dit onderzoek blijven anoniem.

Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. Indien uw dochter/zoon niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek, dan vragen wij u dit uiterlijk voor maandag 25 november 2019 via het onderstaande e-mailadres door te geven:

manoukvaneker@hotmail.com

Indien u vragen heeft, kunt u ook via dit mailadres contact met mij opnemen.

Met vriendelijke groet,

Manouk Vaneker

Bijlage 6. Afgenomen vragenlijst bij respondenten

Nummer:

.....

Leeftijd:

Geslacht: ☐ Jongen ☐ Meisje

Wat fijn dat je deze vragenlijst wilt invullen en mij wil helpen bij mijn afstudeeronderzoek.

Op de volgende pagina's worden een aantal omschrijvingen gegeven over de wijze waarop mensen kunnen denken of voelen over de relatie met hun begeleiders. Onder elke uitspraak staan vijf mogelijkheden om te antwoorden.

Zelden of nooit Soms Dikwijls Heel vaak Altijd

Als de uitspraak aangeeft hoe jij je altijd voelt, omcirkel dan het antwoord Altijd. Als de uitspraak aangeeft hoe jij je nooit voelt, omcirkel dan het antwoord Nooit. Gebruik de andere antwoord mogelijkheden wanneer een uitspraak aangeeft hoe jij je Soms, Dikwijls of Heel vaak voelt.

Probeer na te denken over hoe jij je de afgelopen weken hebt gevoeld als wanneer je antwoord geeft op de uitspraken, het gaat dus niet alleen over hoe jij hier vandaag over denkt.

Beantwoord de uitspraken zo eerlijk mogelijk. Er is geen goed of fout antwoord! Elk antwoord wat je geeft is goed, het gaat namelijk om jouw eigen mening en hoe jij je voelt. Geef antwoord op elke uitspraak en sla geen uitspraken over. De antwoorden die jij geeft op deze vragenlijst blijven anoniem. Alleen Manouk, die de vragenlijst afneemt krijgt te zien welke antwoorden jij gegeven hebt.

Vraag gerust om uitleg wanneer je iets niet snapt

1. Door de groepsbegeleiding wordt het voor mij duidelijker hoe ik zou kunnen veranderen.

Zelden of nooit ***Soms*** ***Dikwijls*** ***Heel vaak*** ***Altijd***

2. Wat ik doe in de groep, geeft mij een nieuwe kijk op mijn autisme

Zelden of nooit ***Soms*** ***Dikwijls*** ***Heel vaak*** ***Altijd***

3. Ik geloof dat mijn groepsleidsters mij aardig vinden

Zelden of nooit ***Soms*** ***Dikwijls*** ***Heel vaak*** ***Altijd***

4. Mijn groepsleiders en ikzelf werken samen bij het bepalen van mijn doelen voor de groepsbegeleiding

Zelden of nooit ***Soms*** ***Dikwijls*** ***Heel vaak*** ***Altijd***

5. Mijn groepsleidsters en ik respecteren elkaar

Zelden of nooit ***Soms*** ***Dikwijls*** ***Heel vaak*** ***Altijd***

6. Mijn groepsleidsters en ik werken naar de doelen toe die we samen hebben opgesteld.

Zelden of nooit ***Soms*** ***Dikwijls*** ***Heel vaak*** ***Altijd***

7. Ik voel dat mijn groepsleidsters mij waarderen

Zelden of nooit ***Soms*** ***Dikwijls*** ***Heel vaak*** ***Altijd***

8. Wij zijn het eens over wat voor mij belangrijk is om aan te werken

Zelden of nooit ***Soms*** ***Dikwijls*** ***Heel vaak*** ***Altijd***

9. Ik heb het gevoel dat de groepsleidsters om mij geven. Zelfs wanneer ik dingen doe die zij niet goedkeuren

Zelden of nooit ***Soms*** ***Dikwijls*** ***Heel vaak*** ***Altijd***

10. Ik voel dat de dingen die ik in de groep doe, mij zullen helpen om beter om te kunnen gaan met mijn autisme

Zelden of nooit ***Soms*** ***Dikwijls*** ***Heel vaak*** ***Altijd***

11. Mijn begeleiders en ik begrijpen nu welk soort veranderingen goed zouden zijn voor mij.

Zelden of nooit ***Soms*** ***Dikwijls*** ***Heel vaak*** ***Altijd***

12. Ik geloof dat de manier waarop we in de groep aan mijn autisme werken, de juiste is

Zelden of nooit ***Soms*** ***Dikwijls*** ***Heel vaak*** ***Altijd***

Bijlage 7. Interview schema cliënten

Deze interviewlijst betreft een mogelijkheid om dieper in te gaan op de beleving van de cliënten over de therapeutische relatie en de manier waarop FIT deze beïnvloed. De CORS en CSRS en de twee keer afgenomen WAV-12 vormt de input van dit interview. De dikgedrukte vragen zijn de hoofdvragen waar sowieso antwoord op wordt gezocht. De dunnedrukte vragen zijn doorvraag opties.

Topic		Vragen
Ervaring FIT		- Hoe zag het werken met FIT tijdens de groepsbegeleiding eruit? Wat vond je er van om met FIT te werken? Hoe vond je het om FIT te bespreken met je groepsbegeleiders? Wat vond je het fijnste aan het werken met FIT? En wat het minst fijn? Wat kan wat jou betreft beter/anders? - Hoe zou FIT volgens jou ingezet moeten worden? Wat heeft FIT opgeleverd voor jou?
Affectieve band	Invullen	- Hoe vond je het om deze vragen in te vullen? Wat vond je het moeilijkste tijdens het invullen van deze vragen? En wat het makkelijkste? En hoe komt dit? - Hoe komt het dat je antwoord op deze vraag over de band is veranderd? Heeft FIT invloed gehad op dat je deze vraag anders hebt beantwoord dan de eerste keer?
	Bespreken	Hoe vond je het om deze vragen te bespreken met je behandelaren? Wat vond je hier moeilijk/makkelijk aan? Hoe vind je het überhaupt om over je gevoelens te praten? En is hierin nog iets veranderd door het werken met FIT? - Wat zou het voor jou makkelijker kunnen maken om hier over te praten? (behandelaar en cliënt zelf)
	Opgeleverd	- Wat heeft het bespreken van jouw gevoelens veranderd in de band tussen jou en je begeleiders? Wat heeft FIT voor jou opgeleverd voor de band tussen jou en je begeleiders? Wat heeft FIT niet opgeleverd voor de band tussen jou en je begeleiderster? En is dit iets waarvan je wel verwacht had dat FIT hierin iets zou opleveren? Hoe kan het denk je dat dit toch niet het geval is? wel wat je van tevoren verwacht

		Eventuele doorvragen: • Heb je het gevoel dat er door bespreken van FIT beter naar jou geluisterd wordt door je behandelaren? Vertel • Heb je het gevoel dat door FIT je begeleidsters meer of minder respect voor jou hebben? Vertel? • Heb je het gevoel dat door het bespreken van FIT jouw behandelaren je aardiger vinden? Vertel
Behandeldoelen	Invullen	• Hoe vond je het om de vragen over je behandeldoelen in te vullen? • Wat vond je het moeilijkste tijdens het invullen van deze vragen? En wat het makkelijkste? • Hoe komt het dat je antwoord op deze vraag over je behandeldoelen is veranderd? Heeft FIT invloed gehad op dat je deze vraag anders hebt beantwoord dan de eerste keer?
	Bespreken	• Hoe vond je het om deze vragen over je behandeldoelen te bespreken met je behandelaren? Wat vond je hier moeilijk/makkelijk aan? Hoe vind je het überhaupt om over je behandeldoelen te praten? • En is hierin nog iets veranderd door het werken met FIT? • Wat zou het voor jou makkelijker kunnen maken om hier over te praten? (behandelaar en cliënt zelf)
	Opgeleverd	• Wat heeft FIT voor jouw behandeldoelen opgeleverd? • Wat heeft FIT niet opgeleverd voor jouw behandeldoelen? En is dit iets waarvan je wel verwacht had dat FIT hierin iets zou opleveren? Hoe kan het denk je dat dit toch niet het geval is? wel wat je van tevoren verwacht Eventuele doorvragen: • Heb je het gevoel dat er door bespreken van FIT beter naar jouw doelen kunt werken? Vertel
Behandeltaken	Invullen	• Hoe vond je het om de vragen over de activiteiten tijdens de groepsbegeleiding in te vullen? • Wat vond je het moeilijkste tijdens het invullen van deze vragen? En wat het makkelijkste? • Hoe komt het dat je antwoord op deze vraag

		over de activiteiten tijdens de groep is veranderd? Heeft FIT invloed gehad op dat je deze vraag anders hebt beantwoord dan de eerste keer?
	Bespreken	• Hoe vond je het om deze vragen over de activiteiten van de groepsbegeleiding te bespreken met je behandelaren? Wat vond je hier moeilijk/makkelijk aan? Hoe vind je het überhaupt om over de activiteiten tijdens de groep te praten? • En is hierin nog iets veranderd door het werken met FIT? • Wat zou het voor jou makkelijker kunnen maken om hier over te praten? (behandelaar en cliënt zelf)
	Opgeleverd	• Wat heeft het bespreken van de activiteiten tijdens de therapie met je begeleidsters veranderd? • Wat heeft FIT opgeleverd voor de activiteiten tijdens de groepsbehandeling? • Wat heeft FIT niet opgeleverd voor de activiteiten tijdens de groepsbehandeling? En is dit iets waarvan je wel verwacht had dat FIT hierin iets zou opleveren? Hoe kan het denk je dat dit toch niet het geval is? wel wat je van tevoren verwacht Eventuele doorvragen: • Heb je het gevoel dat er door bespreken van FIT de activiteiten tijdens de groep beter bij jou passen? Vertel • Heb je het gevoel dat er door bespreken van FIT de activiteiten tijdens de groep beter bij jouw behandeldoelen? Vertel

Dit interview schema is opgesteld met behulp van de volgende bronnen: Dingemanse, 2019., Baarda & Hulst, 2017.

Bijlage 8. Interviewschema behandelaren

Topic		Vragen
Ervaring FIT		- Hoe zag het werken met FIT tijdens de groepsbegeleiding eruit? En hoe zag het bespreken van FIT eruit in de groepstherapie? - Wat vond je er van om met FIT te werken? - Hoe denk jij dat de cliënten het werken met FIT hebben ervaren? - Wat vind je van de inzet van FIT voor de doelgroep jongeren met een autisme spectrum stoornis? - Welk effect had FIT op het emotionele aspect bij deze doelgroep? - In hoeverre sluiten de vragen uit FIT aan op de jongeren met autisme? - In hoeverre was het bespreken van FIT goed te doen bij de jongeren met autisme? - Wat vond je het fijnste aan het werken met FIT? En wat het minst fijn? - Wat kan wat jou betreft beter/anders? - Hoe zou FIT volgens jou ingezet moeten worden? - Wat heeft FIT opgeleverd voor jou als behandelaar? - Wat heeft FIT opgeleverd voor de cliënten? En wat voor de groepstherapie?
Affectieve band	Invullen	- Hoe vond je het invullen van deze vragen gaan onder de cliënten? - Welke moeilijkheden ben je tegen gekomen bij de cliënten tijdens het invullen van deze vragen? - In hoeverre kwamen de gegeven antwoorden overeen met wat jij geobserveerd hebt tijdens de behandeling?
	Bespreken	- Hoe vond je het om deze vragen te bespreken met de cliënten? Wat vond je hier moeilijk/prettig aan? En wat hebben jullie hierin gemerkt bij de cliënten? Welke bijdrage heeft FIT geleverd aan de cliënten door het bespreekbaar maken van de affectieve band? Heeft FIT dit bespreken vergemakkelijkt? - Hoe gaat het praten over gevoelens überhaupt met de doelgroep jongeren met een autisme spectrum stoornis? - Wat zou het voor de cliënten makkelijker kunnen maken om hier over te praten?

	Opgeleverd	• Wat is er veranderd aan de band tijdens de groepstherapie? En welke bijdrage heeft FIT hieraan geleverd voor de cliënten? • In hoeverre geeft FIT een goed beeld van de affectieve band tussen jou en cliënten met een autisme spectrum stoornis? • Wat zou er moeten veranderen FIT waardoor er een goed beeld van de band kan worden gevormd onder de doelgroep jongeren met autisme? • Wat zou er anders/beter moeten zodat FIT wel bij kan dragen aan de affectieve band? • Heeft FIT de behandeling voor ook vergemakkelijkt? Eventuele doorvragen: • Heb je het gevoel dat je door het bespreken van FIT beter naar de cliënten kunt luisteren? Vertel • Heb je het gevoel dat er door FIT meer respect is tussen jou en de cliënten? Vertel?
Behandeldoelen	Invullen	• Hoe vond je het invullen van deze vragen gaan onder de cliënten? • Welke moeilijkheden ben je tegen gekomen bij de cliënten tijdens het invullen van deze vragen? • In hoeverre kwamen de gegeven antwoorden overeen met wat jij geobserveerd hebt tijdens de behandeling?
	Bespreken	• Hoe vond je het om deze vragen te bespreken met de cliënten? Wat vond je hier moeilijk/prettig aan? En wat hebben jullie hierin gemerkt bij de cliënten? • Welke bijdrage heeft FIT geleverd aan de cliënten door het bespreekbaar maken van de behandeldoelen? Heeft FIT dit bespreken vergemakkelijkt? • Wat zou het voor de cliënten makkelijker kunnen maken om hier over te praten?
	Opgeleverd	• Wat is er veranderd aan de behandeldoelen van de cliënten tijdens de behandeling? Welke rol heeft FIT hierin gehad? • Wat heeft FIT voor de behandeldoelen van de cliënten opgeleverd? • Heb je het gevoel dat er door FIT beter naar de doelen van cliënten kan worden gewerkt? Vertel • Wat zou er anders/beter moeten zodat FIT wel bij kan dragen aan het behalen van de behandeldoelen van de cliënten?

Behandeltaken	Invullen	• Hoe vond je het invullen van deze vragen gaan onder de cliënten? • Welke moeilijkheden ben je tegen gekomen bij de cliënten tijdens het invullen van deze vragen? • In hoeverre kwamen de gegeven antwoorden overeen met wat jij geobserveerd hebt tijdens de behandeling?
	Bespreken	• Hoe vond je het om deze vragen te bespreken met de cliënten? Wat vond je hier moeilijk/prettig aan? En wat hebben jullie hierin gemerkt bij de cliënten? • Welke bijdrage heeft FIT geleverd voor de cliënten door het bespreekbaar maken van de behandeltaken? Heeft FIT dit bespreken vergemakkelijkt? • Wat zou het voor de cliënten makkelijker kunnen maken om hier over te praten?
	Opgeleverd	• Wat is er veranderd aan de taken die tijdens de behandeling worden uitgevoerd? Welke rol heeft FIT hierin gehad? • Wat heeft FIT voor de cliënten opgeleverd betreft de taken tijdens de behandeling? • Heb je het gevoel dat door FIT de taken tijdens de behandeling beter passen bij de cliënten? Vertel • Wat zou er anders/beter moeten zodat FIT wel bij kan dragen aan het verbeteren van de taken tijdens de behandeling?

Dit interview schema is opgesteld met behulp van de volgende bronnen: Dingemanse, 2019., Baarda & Hulst, 2017.

Bijlage 9. codeboom

