



De oplossingsgerichte methode in de eerstelijnszorg vanuit het perspectief van de patiënt

Yvonne Buunk
MSc Thesis

November 2018

MSc-student

Y. (Yvonne) Buunk

920224150040

Eerste begeleider

Dr. KT (Kirsten) Verkooijen

Tweede beoordelaar

FK (Franshelis) Garcia

Vakcode

HSO - 80336

Foto voorkant

Erlend Ekseth van Unsplash.com

De oplossingsgerichte methode in de eerstelijnszorg vanuit het perspectief van de patiënt

Yvonne Buunk
MSc Thesis

November 2018

Wageningen University & Research

Samenvatting

Achtergrond. Eerstelijnszorgprofessionals spelen een belangrijke rol bij het promoten van gezond gedrag. De oplossingsgerichte methode is een manier die zij hiervoor kunnen inzetten. De oplossingsgerichte methode richt zich op het vinden van oplossingen en op de krachten en sterke punten van mensen en geeft minimale aandacht aan het definiëren en begrijpen van problemen. In dit onderzoek wordt door middel van kwalitatief onderzoek achterhaald wat de ervaringen zijn van patiënten die zorg ontvangen van eerstelijnszorgprofessionals welke is gebaseerd op de oplossingsgerichte methode.

Methode. Het onderzoek werd uitgevoerd bij patiënten van Gezondheidscentrum Velthuizen, in Ede, in Nederland. Vijf verschillende zorgprofessionals, waaronder een diëtist, huisarts, kinderpsycholoog, POH-GGZ'er en een verloskundige, wiervan patiënten die consulten ontvingen op basis van de oplossingsgerichte methode. Uiteindelijk namen vijftien participanten deel aan het semigestructureerde interview waarin de ervaringen van de participanten werden besproken. De interviews duurden tussen de 15 en 55 minuten.

Resultaten. Vier componenten uit de oplossingsgerichte zorg leverden een positieve bijdrage aan de zorg: doelgerichtheid; betrokkenheid van patiënten bij de zorg; empowerment van patiënten; en het vergroten van de hulpbronnen van patiënten. Enkele participanten hadden het idee dat er soms te weinig op het probleem werd ingegaan, terwijl ze hier wel behoefte aan hadden. Gemiddeld gaven de participanten een 8,4 aan de consulten gericht op de oplossingsgerichte methode.

Conclusie. Patiënten uit de eerstelijnszorg zijn zeer tevreden over de oplossingsgerichte methode. Alle componenten uit de oplossingsgerichte methode kwamen aan bod in de consulten, met uitzondering van de wondervraag. De patiënten ervoeren het zelf bedenken van oplossingen, het krijgen van complimenten en het herkadieren van de situatie als meest behulpzaam in de consulten. Een valkuil ligt in het doorslaan in het oplossingsgerichte, waardoor de behoeften van de patiënt uit het oog kunnen worden verloren. De patiënten ervoeren dit als onpersoonlijk en voelde zich niet gehoord, wat leidt tot geen oplossing voor de zorgvraag.

Kernwoorden: oplossingsgerichte methode, eerstelijnszorg, zorgprofessionals, motiveren, coachen, promoten gezond gedrag.

Abstract

Background. Primary care professionals play an important role in promoting healthy or healthier behavior. The Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) is a method which the care professionals can use for this purpose. SFBT focuses on finding solutions and on the strengths of people. SFBT gives minimal attention to defining and searching for causes of the problem. In this study, qualitative research is used to investigate the experiences of patients who received care from primary care professionals based on the SFBT.

Method. The study was conducted on patients at the Velthuisen Health Center, in Ede, the Netherlands. Five different healthcare professionals, including a dietician, GP, child psychologist, POH mental health care professional and a midwife, recruited patients who received care on the basis of the SFBT. Fifteen participants took part in the semi-structured interviews in which the experiences of the participants were discussed. The interviews lasted between 15 and 55 minutes.

Results. Four themes emerged from the interviews: (1) Goal oriented; (2) Patient involvement; (3) Empowerment; and (4) Increasing resources. Some participants had the feeling that the problem was not discussed enough, and thought that the care was too solution-focused. On average, the participants gave an 8.4 out of 10 to the SFBT in the primary care.

Discussion. Patients from the primary care are satisfied with the SFBT. All components of the SFBT were applied in the consultations, with the exception of the miracle question. The patients experienced the self-inventing of solutions, getting compliments and reframing the situation as most helpful aspects. Care professionals have to be careful that they don't lose the problem completely out of sight. The patients experienced this as impersonal, which leads to no solution for the problem.

Keywords: Solution-Focused Brief Therapy, primary care, care professionals, motivating, coaching, promoting healthy behavior.

Inhoudsopgave

Samenvatting	v
Abstract	vi
Hoofdstuk 1. Inleiding	1
Hoofdstuk 2. De oplossingsgerichte methode	3
2.1 Kernaannames van de oplossingsgerichte methode	3
2.2 Elementen in gesprekken op basis van de oplossingsgerichte methode.....	4
2.2.1 Wondervraag.....	4
2.2.2 Uitzonderingsvragen en copingvragen.....	5
2.2.3 Schaalvragen.....	5
2.3 Werking van oplossingsgerichte methode	6
2.4 Uitkomsten eerder onderzoek patiëntervaring oplossingsgerichte methode.....	7
Hoofdstuk 3. Patiëntervaring	9
3.1 Patiënttevredenheid en patiëntervaring.....	9
3.2 Meetinstrumenten patiëntervaring oplossingsgerichte methode.....	10
Hoofdstuk 4. Methode	13
4.1 Setting.....	13
4.2 Werving	13
4.3 Participanten	14
4.4 Interviewinstrument.....	15
4.5 Procedure dataverzameling	16
4.6 Data analyse	16
4.7 Ethische overwegingen	17
Hoofdstuk 5. Resultaten	18
5.1 Thema A: Doelgerichtheid	18
5.2 Thema B: Betrokkenheid patiënten	20
5.3 Thema C: Empowerment patiënten	21
5.4 Thema D: Vergroten hulpbronnen van patiënten	23
5.5 Waardering oplossingsgerichte methode	25
Hoofdstuk 6. Discussie	27
6.1 Interpretatie resultaten.....	27
6.2 Methodologische overwegingen.....	29
6.3 Aanbevelingen.....	30

6.3.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek	30
6.3.2 Aanbevelingen voor het uitvoeren van de oplossingsgerichte methode	30
6.4 Conclusie	31
Referenties	32
Bijlagen.....	36
Bijlage A: Wervingsemail	36
Bijlage B: Het interview instrument	37
Bijlage C: Informed consent	39
Bijlage D: Ethische goedkeuring	40

Lijst met Boxen, Figuren, Tabellen

Boxen

Box 2.1. Kernaannames oplossingsgerichte methode	3
Box 3.1. Meetinstrument patiëntervaring oplossingsgerichte methode.....	11

Figuren

Figuur 2.1 Werking oplossingsgerichte methode.....	6
Figuur 4.1. Overzicht van het wervingsproces	14

Tabellen

Tabel 3.1. Omschrijving patiëntervaring	10
Tabel 4.1. Inclusie- en exclusiecriteria voor participanten van het onderzoek	13
Tabel 4.2. Karakteristieken participanten	15
Tabel 4.3. Interview onderwerpen.....	16

Hoofdstuk 1. Inleiding

Eerstelijnszorgprofessionals, waaronder huisartsen, diëtisten en verloskundigen, kunnen een belangrijke rol spelen bij het promoten van gezond gedrag (Christenson, Johansson, Reynisdottir, Torgerson, Hemmingsson, 2018; Johnson et al., 2013; Glasgow, Goldstein, Ockene & Pronk, 2004; Ramezani, Khosravi, Motaghi, Hamidzadeh & Mousavi, 2017; Whitlock, Orleans, Pender & Allan, 2002). Een relatieve nieuwe manier om te motiveren, te coachen en gezond gedrag te promoten is het toepassen van de oplossingsgerichte methode door deze zorgprofessionals (González et al., 2017; Polaschek & Polaschek, 2007; Rudolf, Hunt, George, Hajibagheri & Blair, 2010; Sommers-Flanagan et al., 2015). De oplossingsgerichte methode richt zich op het vinden van oplossingen en op de krachten en sterke punten van mensen. De oplossingsgerichte methode geeft minimale aandacht aan het definiëren en begrijpen van problemen (De Shazer et al., 1986). In veel gevallen is het ook niet duidelijk wat de oorzaak van een probleem is en doordat zowel problemen als oplossingen door iedereen op een andere manier geconstrueerd en geïnterpreteerd kunnen worden, wordt de relatie tussen problemen en oplossingen niet als één op één gezien in de oplossingsgerichte methode (de Shazer & Berg, 1997; Lee, 1997). De patiënt gaat samen met de zorgprofessional op zoek naar een oplossing die past binnen de ‘worldview’ van de patiënt. De oplossingsgerichte methode zou volgens de wetenschappelijke literatuur een veelbelovende interventie kunnen zijn in de gezondheidszorg (Gingerich & Peterson, 2013; Zhang, Franklin, Currin-McCulloch, Park & Kim, 2018). Echter is er nog weinig wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit van de oplossingsgerichte methode voor promoten van gezond gedrag, motiveren en coachen door eerstelijnszorgprofessionals en de ervaringen van patiënten.

Valve en collega's (2013) ontwikkelden een oplossingsgerichte lage intensiteit interventie genaamd LINDA, welke is gericht op het promoten van gezondheidsgedrag onder jonge vrouwen. LINDA is ontwikkeld om te kunnen implementeren in de eerstelijnszorg. Het onderzoek kwam tot de conclusie dat LINDA heeft geholpen bij het maken van algemeen verbeteringen op zowel de korte als lange termijn in gezondheidsgedrag onder jonge vrouwen. Gezondheidsgedragingen die werden gemeten, waren lichaamsbeweging, regelmaat in het nemen van maaltijden en/of genoeg nachtrust (Valve et al., 2013). Daarnaast zijn er nog drie onderzoeken gedaan naar het gebruik van de oplossingsgerichte methode door pediatrische eerstelijnszorgprofessionals. Voor deze eerstelijnszorgprofessionals is het promoten van gezond gedrag van belang voor zowel moeder als kind. Een belangrijk punt is het tegengaan van overgewicht en obesitas bij zwangere vrouwen en jonge kinderen, vanwege de negatieve gezondheidsuitkomsten die hieruit voort kunnen komen, zoals hypertensieve stoornissen tijdens de zwangerschap, een te groot kind voor de zwangerschapsduur en het moeten ondergaan van een keizersnee (Johnson et al., 2013). Barlow en collega's (2010) onderzochten de ervaringen van moeders waarvan de baby's meededen aan het programma EMPOWER, welke is gebaseerd op de oplossingsgerichte methode. Het doel van het programma EMPOWER is om obesitas te voorkomen bij zuigelingen die een hoog risico hierop hebben. De moeders vonden over het algemeen dat het programma ze gemotiveerd had en ze het vertrouwen had gegeven dat ze hun leefstijl kunnen veranderen en dat ze dit op de langere termijn ook vol zouden kunnen houden. Doordat de zorgprofessional openlijk, zonder te oordelen, het gesprek inging en er gefocust werd op oplossingen in plaats van de problemen, voelden de moeders dat ze openlijk konden praten over gevoelige kwesties als gewicht en dieet (Barlow et al., 2010). Deze positieve uitkomsten van

motiveren en coachen werden ook door Polaschek en Polaschek (2007) gevonden. Zij onderzochten de werking van de oplossingsgerichte methode bij consultatieverpleegkundigen die telefonische consulten hielden. In plaats van het geven van deskundig advies over hoe de ouders het probleem zouden kunnen aanpakken, vroegen de consultatieverpleegkundigen naar de positieve aspecten van hun situatie om vervolgens hierop verder te gaan en een plan te ontwikkelen om het probleem aan te pakken. Consultatieverpleegkundigen deden dit voornamelijk door te herkaderen en te normaliseren: in (bijna) geen enkele situatie gaat namelijk alles verkeerd. De consultatieverpleegkundigen waren van mening dat de oplossingsgerichte gesprekken veel ouders de gelegenheid gaf om het vertrouwen in hun eigen opvoedingsmethoden te vergroten. Consultatieverpleegkundigen merkten dat ouders tijdens het telefoongesprek minder defensief, meer ontspannen en zelfverzekerder werden (Polaschek & Polaschek, 2007). Ook Sommers-Flanagan en collega's (2017) vonden in hun studie dat consultaties voor ouders, waarin de focus lag op ouderlijke stress, ouderlijke competentie en ongewenst gedrag van kinderen, de oplossingsgerichte methode een effectieve methode zou kunnen zijn.

Van de vier beschikbare wetenschappelijke artikelen over de oplossingsgerichte methode in de eerstelijnszorg, richt zich er maar één op de ervaring van de patiënten, terwijl dit het belangrijkste onderdeel uit deze methode is (De Shazer & Berg, 1997). De oplossingsgerichte methode is namelijk geïntroduceerd door De Shazer, een onderzoeker die het meest geïnteresseerd was in de mening van de patiënt over wat als nuttig werd ervaren en wat niet. De Shazer en zijn collega's gebruikten de informatie van patiënten over wat wel en niet werkt in de oplossingsgerichte methode, pasten dit toe in hun aanpak en gingen weer op zoek naar meer feedback (De Shazer et al., 1986; Miller & De Shazer, 2000). De oplossingsgerichte methode is een vorm van persoonsgerichte zorg, waarin de zorgprofessional de ziekte van de patiënt als het ware door de ogen van de patiënt moet bekijken (Dwamena et al., 2012). Wanneer dit als uitgangspunt van een behandeling wordt gezien, is het niet meer dan logisch dat de ervaringen van de patiënt mee moeten worden genomen in het oordeel of een methode gezien kan worden als effectief of niet. Daarnaast zijn motiveren, coachen en het promoten van gezond gedrag een complexe vorm van het verlenen van zorg welke bestaat uit meerdere componenten (Gardner et al., 2014). Dit kan het lastig maken om te achterhalen welke componenten bijdragen aan de effectiviteit van de methode, of welke componenten de effectiviteit juist beperken. Zeker wanneer dezelfde methode verschillende effecten laat zien wanneer het gemeten wordt bij verschillende patiënten en in verschillende contexten (Gardner et al., 2014; Michie & Abraham, 2004). Het is dan niet alleen van belang om de gemiddelde effectgrootte van de interventie te identificeren door middel van kwantitatief onderzoek, maar ook de bronnen van variatie in effecten door middel van kwalitatief onderzoek. Er moet dus ook achterhaald worden hoe en waarom een bepaalde interventie werkt (Michie & Abraham, 2004). Het doel van dit onderzoek is dan ook om te achterhalen (1) welke componenten uit de oplossingsgerichte methode worden toegepast door eerstelijnszorgprofessionals; (2) welke componenten in de oplossingsgerichte methode een positieve bijdrage leveren aan de zorg en (3) welke componenten in de oplossingsgerichte methode de effectiviteit zouden kunnen beperken. Dit heeft geleid tot de volgende onderzoeksvraag: "Wat zijn de ervaringen van patiënten die zorg ontvangen van eerstelijnszorgprofessionals welke is gebaseerd op de oplossingsgerichte methode?"

Hoofdstuk 2. De oplossingsgerichte methode

De oplossingsgerichte methode werd geïntroduceerd vanaf 1980 door het echtpaar Steve De Shazer en Insoo Kim Berg (De Shazer & Berg, 1997). Het doel van de oplossingsgerichte methode is om de aandacht te vestigen op het leven dat de patiënt zou willen leiden en op de krachten en hulpmiddelen van de patiënt, in plaats van het onderzoeken van het probleem en de focus te leggen op wat de patiënt niet kan (De Shazer et al., 1986; Miller & De Shazer, 2000). De oplossingsgerichte methode is niet gebaseerd op een theoretisch model, maar op de ervaring van zorgprofessionals en patiënten. De oplossingsgerichte methode blijft zich op deze manier in de consulten ontwikkelen. Zo kunnen bepaalde componenten weggelaten of benadrukt worden als reactie op de feedback die de zorgprofessionals in de consulten ontvangen van de patiënten (De Shazer & Berg, 1997). Wel is de oplossingsgerichte methode gebaseerd op het systeem perspectief en het sociaal constructivisme (Lee, 1997). In het systeem perspectief wordt uitgegaan van het gegeven dat een persoon begrepen kan worden wanneer je naar zijn of haar relaties kijkt. Mensen laten in verschillende contexten steeds andere gedragingen zien. Het sociaal constructionisme suggereert dat mensen de wereld om hen heen en alles wat daar in hoort construeren en er betekenis aan geven in de communicatie met anderen (Andrews, 2012). Het systeem perspectief en het sociaal constructionisme zijn met elkaar verbonden doordat het construeren en de betekenisgeving aan de wereld context- en tijdafhankelijk is en wordt afgestemd onder de invloed van de samenleving waarin mensen leven (Bannink, 2007). Ondanks dat de oplossingsgerichte methode niet direct op een theoretisch model is gebaseerd, bevat het wel een aantal kernaannames. Deze kernaannames zijn weergegeven in Box 2.1.

Box 2.1. Kernaannames oplossingsgerichte methode (De Shazer et al., 1986)

- Problemen zijn afhankelijk van de perceptie en interpretatie van de individuele patiënt
- Nadruk op het verleden en details van het probleem zijn niet essentieel
- Er zijn situaties waarin problemen minder of niet aanwezig zijn (uitzonderingen)
- De zorgprofessional is van mening dat patiënten veranderingen kunnen aanbrengen in de situatie
- Kleine veranderingen kunnen een belangrijke impact hebben
- Weerstand is geen nuttig concept, patiënten werken op verschillende manieren mee
- Het doel van de patiënt staat centraal

2.1 Kernaannames van de oplossingsgerichte methode

Doordat de oplossingsgerichte methode afstamt van het sociaal constructionisme (Cantwell & Holmes, 1994), is de eerste kernaanname in de oplossingsgerichte methode dat problemen afhankelijk zijn van de perceptie en de interpretatie van de individuele patiënt. Problemen worden namelijk ook door mensen geconstrueerd en er zal op basis daarvan een bepaalde betekenis gegeven worden. Denk hierbij aan de aard van zijn of haar problemen, de competenties die iemand beschikt en de mogelijke oplossingen voor het probleem (Bannink, 2007). Zorgprofessionals die vanuit het sociaal constructionisme werken, bekijken hoe zij kunnen bijdragen aan het creëren van een nieuwe realiteit voor de patiënt door problemen te herconstrueren met de patiënt en er een andere betekenis aan te geven. De tweede kernaanname is dan ook dat de nadruk op het verleden en details

van het probleem niet essentieel zijn. Van zorgprofessionals wordt verwacht dat zij kijken naar waar mensen naartoe willen en hoe zij dit zouden kunnen bereiken (De Shazer et al., 1986). De derde kernaanname is dat er altijd situaties zijn waarin het probleem of de problemen van de patiënt niet altijd in even grote mate aanwezig is en dat er ook tijden kunnen zijn dat het probleem of de problemen zelfs afwezig zijn. Dit worden de uitzonderingen genoemd. Daarnaast is de zorgprofessional die de oplossingsgerichte methode gebruikt ervan overtuigd dat patiënten veranderingen kunnen aanbrengen in hun situatie (De Shazer et al., 1986). De vijfde kernaanname is dat kleine veranderingen een belangrijke impact kunnen hebben. Er hoeven niet altijd grootse veranderingen plaats te vinden in het leven van iemand om een belangrijke verandering teweeg te brengen. De zesde kernaanname is dat weerstand wordt gezien als een sein dat de methode van de zorgprofessional niet werkt bij deze individuele patiënt en dat er iets anders moet worden geprobeerd. Wat de ene patiënt als een goede oplossing of fijne methode ziet, kan bij de andere patiënt weerstand teweegbrengen. Het is dan aan de zorgprofessional om samen met de patiënt naar een oplossing of methode te zoeken die de patiënt wel als behulpzaam ziet. Ten slotte is de zevende kernaanname dat het doel van de patiënt centraal staat (De Shazer et al., 1986; De Shazer & Berg, 1997).

2.2 Elementen in gesprekken op basis van de oplossingsgerichte methode

Bij de kernaannames horen basiselementen die in de gesprekken worden toegepast door zorgprofessionals die werken met de oplossingsgerichte methode. In het gesprek wordt het idee weerspiegeld dat problemen en oplossingen onderhevig zijn aan de perceptie en dat de manier waarop iemand naar problemen en oplossingen kijkt, kan veranderen (De Shazer et al., 1986). Daarnaast wordt er naar gestreefd om zo min mogelijk over problemen te praten. De focus in de gesprekken ligt op kracht en competenties die de patiënt bezit. Een ander element in de oplossingsgerichte gesprekken is het geven van taken en complimenten. Complimenten zijn observaties van uitzonderingen, sterke punten, hulpmiddelen en motivatie. Patiënten krijgen taken mee na afloop van het consult die bestaan uit het observeren van uitzonderingen, het meer doen van iets dat werkt of juist het iets anders doen dan gebruikelijk wanneer het probleem zich voordoet (De Shazer & Berg, 1997). Ten slotte zijn er vier soorten vraagstellingen die worden gebruikt in de oplossingsgerichte methode, namelijk de wondervraag, de uitzonderingsvragen, de copingvragen en de schaalvragen (De Shazer et al., 1986; Lee, 1997).

2.2.1 Wondervraag

Doordat het doel van de patiënt in het consult centraal staat, is het van belang om een gedetailleerd, specifiek, realistisch en waarneembaar doel of doelen uit de patiënt te krijgen (De Shazer et al., 1986). Een manier om dit te doen is het stellen van de wondervraag:

“Stel dat, terwijl je aan het slapen was, er een wonder plaatsvond waardoor je probleem was opgelost. Het wonder gebeurde terwijl je sliep, dus je weet niet meteen dat het is gebeurd. Wanneer je wakker wordt, wat zijn dan de eerste dingen die je zullen opmerken en die je laten weten dat er een wonder is geweest?”

De wondervraag helpt de patiënt om te beschrijven hoe zijn of haar leven er ooit zal uitzien wanneer het probleem is opgelost (De Shazer et al., 1986). Er zijn verschillende versies van de wondervraag, in de ene medische setting is hij ook beter uitvoerbaar dan de andere. Zo vonden Lloyd en Dallas (2008) bijvoorbeeld dat moeders van kinderen met een ernstige verstandelijke beperking de wondervraag

zagen als niet relevant en verwarrend. Echter vonden deze moeders het wel prettig wanneer er naar een hypothetische toekomst werd gevraagd. Dit hield in dat de moeders zich moesten voorstellen hoe zij het zouden willen hebben in bijvoorbeeld de ochtend. De moeders konden het zich dan in kleine stukjes gaan voorstellen, waardoor het meer echt voor hen werd en hierdoor als relevant werd gezien (Lloyd & Dallas, 2008). Waar het dus om gaat is dat de oplossingsgerichte methode patiënten helpt bij het ontdekken hoe hij of zij een betere toekomst voor zich ziet en over welke sterke kanten en hulpbronnen hij of zij beschikt om deze toekomst ook werkelijkheid te kunnen laten worden (De Shazer & Berg, 1997; Miller & De Shazer, 2000).

2.2.2 Uitzonderingsvragen en copingvragen

In het systeemperspectief wordt verandering als een constante factor ervaren in een systeem (Lee, 1997). Dit houdt in dat er uitzonderingen op de regel bestaan. In een gesprek op basis van de oplossingsgerichte methode wordt er dan ook gezocht naar uitzonderingen. Het is de bedoeling dat de zorgprofessional nieuwsgierig is naar tijden waarin het probleem afwezig, verholpen of minder intens was (De Shazer et al., 1986; Lee, 1997). Deze uitzonderingen dienen als een oplossing voor een probleem (De Shazer et al., 1986). De patiënt laten nadenken over deze uitzonderingen schudt de starre frames die door veel patiënten zijn geconstrueerd door elkaar. Patiënten kunnen zich nu niet meer verschuilen achter de tekst dat het probleem er altijd is (Lee, 1997).

Ook de copingvragen ontstonden vanuit het systeemperspectief. De zorgprofessional moet vanuit de oplossingsgerichte methode ervan uitgaan dat het vermogen van patiënten om copingstrategieën toe te passen op het probleem kan veranderen (Lee, 1997). Door middel van copingvragen wordt de patiënt eraan herinnerd dat coping een vorm van verandering is. Hierdoor wordt weer geprobeerd de sterke punten en hulpmiddelen van de patiënt naar voren te brengen (De Shazer et al., 1986). Een voorbeeld van een copingvraag is:

“Als je zo depressief bent, zoals je beschrijft, hoe is het dan gelukt om door te gaan met al die dingen doen die je hebt gedaan?”

Hiermee kan bijvoorbeeld gevraagd worden naar hoe het toch is gelukt om 's ochtends op te staan, zichzelf aan te kleden en naar therapie te komen (De Shazer et al., 1986).

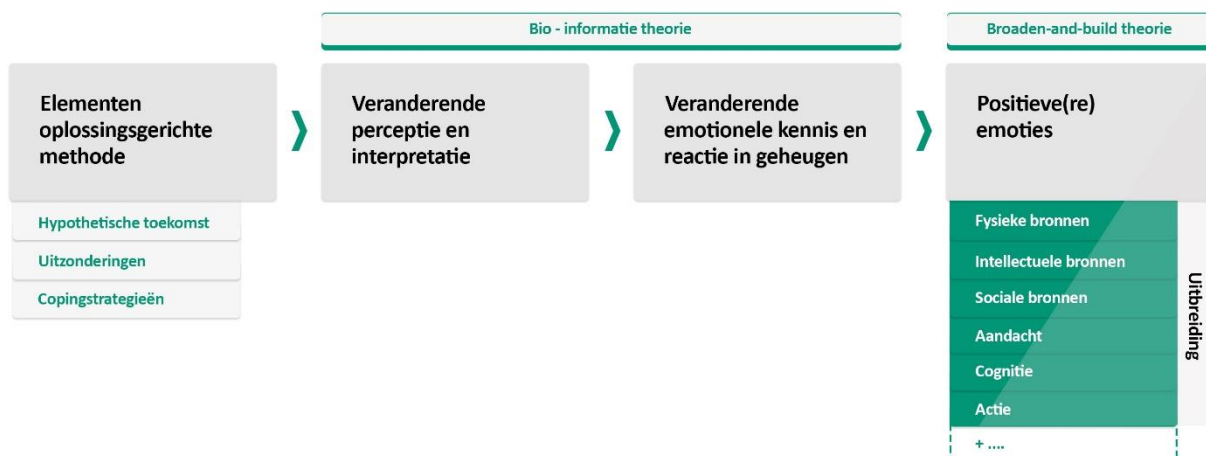
2.2.3 Schaalvragen

Schaalvragen zijn een eenvoudig hulpmiddel voor patiënten die hun situatie kan kwantificeren en evalueren. Schaalvragen zijn een duidelijke indicator waarmee patiënten hun eigen voortgang kunnen vastleggen (Lee, 1997). Patiënten kunnen zichzelf positioneren op een schaal van '1' tot '10', waarbij het cijfer '10' staat voor wanneer de ideale situatie is bereikt. Het cijfer '1' staat voor het tegenovergestelde hiervan. Door patiënten zichzelf te laten positioneren op een schaal, kan op basis hiervan een gesprek worden gestart. Hoe komt het bijvoorbeeld dat de patiënt tot op dit cijfer is gekomen en wat moet er gebeuren om een punt te stijgen. Of wat maakt het dat de patiënt niet verder naar beneden zakt op de schaal (De Shazer et al., 1986)). Ook hiervoor geldt weer dat dit op verschillende manieren kan en moet worden uitgevoerd in verschillende medische settingen en bij verschillende patiënten.

2.3 Werking van oplossingsgerichte methode

Er zijn verschillende theorieën die (deels) kunnen verklaren waarom de oplossingsgerichte methode een veelbelovende interventie is en waarom het waarschijnlijk is dat de patiëntervaringen met deze methode positief zijn.

De theorieën richten zich op de kernaanname waarin problemen en oplossingen afhankelijk zijn van de perceptie en interpretatie van de patiënt. Emoties, en voornamelijk positieve emoties, spelen hierin een grote rol. Fredrickson en Branigan (2005) definiëren emoties als kortdurende ervaringen die gecoördineerde veranderingen in de gedachten, acties en fysiologische reacties van mensen teweegbrengen. Doordat de oplossingsgerichte methode zich richt op de krachten en hulpbronnen van de patiënten en het uitbreiden hiervan, zijn positieve emoties een belangrijke factor hierin (De Shazer, 1988; Miller & De Shazer, 2000). Volgens de *broaden-and-build theory of positive emotions* van Fredrickson (1998, 2001) verbreden positieve emoties als vreugde, interesse, tevredenheid en liefde de mate van aandacht, cognitie en actie. Daarnaast bouwen positieve emoties aan fysieke, intellectuele en sociale bronnen. De oplossingsgerichte methode richt zich onder andere op het opwekken en uitbreiden van positieve emoties door de verschillende elementen in de gesprekken, zoals de focus op uitzonderingen, de hypothetische toekomst en het geven van complimenten in de consulten.



Figuur 2.1 Werking oplossingsgerichte methode

Hoe het opwekken en uitbreiden van positieve emoties werkt in de hersenen kan worden uitgelegd door de bio-informatietheorie van Lang (1979). Deze theorie veronderstelt dat de emotionele reactie op bepaalde gebeurtenissen veranderd kunnen worden door gecodeerde (emotionele) kennis in het geheugen te wijzigen. De systemen in onze hersenen die emoties reguleren, beheren ook de emotionele kennis (Lang, 1979). Doordat kennis niet zomaar gewist kan worden, zal er nieuwe kennis moeten worden bijgeleerd (Bannink, 2007). De oplossingsgerichte methode probeert emotionele kennis toe te voegen door bijvoorbeeld de nadruk te leggen op uitzonderingen. Het is voor te stellen dat wanneer een patiënt alleen praat over het probleem, het voor de patiënt kan voelen alsof het probleem er altijd is en voornamelijk negatieve emoties de bovenhand hebben. Wanneer een patiënt wordt gevraagd naar de momenten waarop het probleem afwezig, verholpen of minder intens was, wordt de kennis naar boven gehaald dat dit niet het geval is en wordt er een beroep gedaan op

positieve(re) emoties (Miller & De Shazer, 2000). Er wordt geprobeerd de perceptie en interpretatie van de patiënt te veranderen en daarmee de emotionele kennis en de emotionele reactie. Daarnaast probeert de oplossingsgerichte methode nieuwe emotionele kennis toe te voegen door bijvoorbeeld te vragen naar een hypothetische positieve toekomst. Wanneer een patiënt na moet denken over de vraag: “Doe alsof je je doel al hebt bereikt, wat is er dan verandert en hoe ben je hier gekomen?”, zal de patiënt andere (emotionele) gedragingen moeten verbinden met de situatie. In dit geval wordt ook geprobeerd de perceptie en interpretatie van de patiënt te veranderen (De Shazer et al., 1986; Bannink, 2007). Doordat de patiënt deze andere (emotionele) gedragingen voor zich gaat zien, oefent hij deze gedragingen met behulp van mentale beelden. Ganis, Thompson en Kosslyn (2004) vonden dat met het oefenen van gedragingen door middel van mentale beelden, dezelfde neurale paden worden geactiveerd als wanneer de gedragingen daadwerkelijk worden uitgevoerd. Het ‘nieuwe’ gedrag wordt dus op deze manier al op een effectieve manier geoefend. Deze theorieën zijn schematisch uitgewerkt in Figuur 2.1.

2.4 Uitkomsten eerder onderzoek patiëntervaring oplossingsgerichte methode

In totaal is er in zeven studies onderzoek gedaan naar de patiëntervaring van de oplossingsgerichte methode (Barlow et al., 2010; Carr, Smith, Simm, 2014; Dargan, Simm & Murray, 2014; King, Schwellnus, Servais, Baldwin, 2017; Lee, 1997; Lloyd & Dallos, 2008; Simon & Nelson, 2005). Carr en collega's (2014) voerden een onderzoek uit waarvan het doel was om inzicht in de ervaring van patiënten met een langdurige ziekte als kanker, chronische pijn, de ziekte van Parkinson, longaandoeningen of hepatitis B, met de oplossingsgerichte methode te krijgen. Zij kwamen tot de conclusie dat vooral door de manier waarop de zorgprofessional met de patiënten werkten, het gevoel van empowerment, controle en zelfvertrouwen omhoog ging. De participanten voelden zich beter in staat om hun eigen oplossingen werkelijkheid te laten worden. De zorgprofessional versterkte de sterke punten en hulpmiddelen van de participanten en hielp hen te focussen op wat ze willen bereiken. Dit leidde ertoe dat de hoop voor de toekomst rooskleuriger leek (Carr et al., 2014). Barlow en collega's (2010) en Dargan en collega's (2014) kwamen tot een zelfde soort conclusie. Barlow en collega's (2010) concludeerden dat de moeders die meededen aan het EMPOWER programma, waarin wordt geprobeerd obesitas te voorkomen bij zuigelingen met een hoog risico hierop, ervoeren dat het programma ze op een positieve manier gemotiveerd had. Daarnaast hadden de moeders het idee dat ze het vertrouwen hadden gekregen dat ze daadwerkelijk hun leefstijl zouden kunnen veranderen en dat ze dit op de langere termijn ook vol zouden kunnen houden. In het onderzoek van Dargan en collega's (2014) werd de ervaring van een oplossingsgericht pijnmanagementprogramma onderzocht vanuit het perspectief van recente gebruikers. Participanten die mee hadden gedaan aan het programma vonden dat het een belangrijke rol heeft gespeeld in het aanmoedigen van zowel positieve psychologische veranderingen als gedragsveranderingen. Dit leidde ertoe dat de participanten het gevoel hadden dat zij beter konden leven met de chronische pijn (Dargan et al., 2014). Ook het onderzoek van Simon en Nelson (2005) liet zien dat de therapeutische aanpak voor 60% van de 88 respondenten als de meest behulpzame factor werd gezien. Zij onderzochten wat patiënten met verschillen psychiatrische diagnoses nuttig vonden aan de oplossingsgerichte therapie. Opvallend was dat een kwart van de respondenten vond dat het onderzoeken van het probleem de meest behulpzame factor was. Deze respondenten vonden het juist fijn om bepaalde problemen te bespreken, zodat ze het even uit hun hoofd hebben (Simon & Nelson, 2005). Het is enigszins apart dat patiënten van therapeuten die werken volgens de oplossingsgerichte methode aangeven dat het bespreken van problemen als meest nuttig wordt

ervaren. Simon en Nelson (2005) hebben hier verschillende verklaringen voor gegeven. Wanneer patiënten eerder in therapie zijn geweest, zullen die therapeuten een probleemoplossend traject hebben gevolgd. En zelfs als de patiënten niet eerder in therapie hebben gezeten, kan de media en cultuur met betrekking tot het therapeutische proces hen mogelijk beïnvloed hebben. Dit leidde waarschijnlijk tot de neiging om in de eerste therapiesessie over problemen te praten, omdat ze dachten dat dat van hen verwacht zou worden. Patiënten kunnen een therapie volgen met de veronderstelling dat praten over problemen de situatie beter zal maken (Simon & Nelson, 2005).

King en collega's (2017) deden onderzoek naar de ervaringen met oplossingsgerichte coaching van familieleden van kinderen en jongeren met een handicap in de kinderrevalidatie. Zij vonden dat de oplossingsgerichte coaching werd ervaren als een samenwerking welke erg doelgericht was. De oplossingsgerichte coaching werd geassocieerd met een hoog niveau van betrokkenheid bij de therapie en een verbeterde capaciteit en participatie. Net zoals in het onderzoek van Carr en collega's (2014) werd hier ook veelal naar het woord empowerment verwezen. In het onderzoek van Lloyd en Dallos (2008) werd dit beschreven als dat de oplossingsgerichte methode deed denken aan het idee van er het beste van kunnen maken. Zij deden onderzoek naar de perspectieven van ouders met kinderen met een verstandelijke beperking. Echter vonden de ouders het idee van 'wishful thinking' door middel van bijvoorbeeld de wondervraag niet relevant. De ouders zaten met twee tegenstrijdige ideeën. Ten eerste is de verstandelijke beperking van hun kind permanent ondanks dat de ouders veranderingen in gedrag en perceptie kunnen aanbrengen. Ten tweede hadden zij het idee bij 'wishful thinking' dat iemand buiten henzelf deze verandering zou moeten creëren, dat je moet hopen op een wonder (Lloyd & Dallos, 2008).

Lee (1997) vond als enige in zijn onderzoek enkele negatieve aspecten van de oplossingsgerichte methode. In zijn onderzoek naar de ervaringen met de oplossingsgerichte methode onder kinderen en volwassenen in de geestelijke gezondheidszorg gaven enkele participanten aan dat de therapieën soms werden ervaren als onbuigzaam, star, te positief, kunstmatig en/of ongevoelig. Geen van de participanten die deze feedback gaven, hadden hun doel bereikt in de therapieën (Lee, 1997).

Concluderend kan gesteld worden dat patiënten uit eerder onderzoek naar patiëntervaringen met de oplossingsgerichte methode de aanpak van de therapeuten als meest prettig ervaren. Patiënten hadden over het algemeen het idee dat de controle over de situatie en het zelfvertrouwen omhoog ging en dat de therapeuten een grote rol speelden in het versterken van de sterke punten en hulpbronnen die de patiënt al bezat. Ook het woord empowerment werd meermaals genoemd. Empowerment beschrijft "een staat van bekwaamheid en versterkt het functioneren met positieve attributies over de eigen rol bij het verkrijgen van middelen, het voldoen aan behoeften en het bewerkstelligen van de gewenste verandering" (Dunst & Trivette, 1989). In maar één onderzoek werd expliciet kritiekpunten van de oplossingsgerichte methode genoemd, namelijk dat wanneer de zorgprofessional te gericht is op de oplossing, de methode niet zal werken. Een valkuil waar de zorgprofessionals voor moeten waken.

Hoofdstuk 3. Patiëntervaring

3.1 Patiënttevredenheid en patiëntervaring

In de jaren 90 waren meetinstrumenten voor patiënten voornamelijk gericht op de patiënttevredenheid (Kravitz, 1998). Met de patiënttevredenheid wordt gemeten hoe tevreden een patiënt is over bepaalde aspecten van de zorg. Een voorbeeld vraag zou kunnen zijn: “Hoe tevreden was u met de communicatie tussen u en de zorgprofessional?”. Met deze type vragen wordt de kloof tussen de verwachtingen van de patiënt en de uiteindelijke ervaring gemeten. De patiënt moet namelijk de ervaring met de zorgprofessional vergelijken met de verwachting die hij of zij had voorafgaand aan de zorg om te kunnen aangeven hoe tevreden hij of zij uiteindelijk was. Een probleem met de meetinstrumenten gericht op de patiënttevredenheid is dat er niet kan worden nagegaan in hoeverre de tevredenheidsmeting behoort tot de ervaring met de zorg of tot de verwachting (Delnoij, 2009; Kravitz, 1998). Wanneer een patiënt bijvoorbeeld tevreden is over de communicatie met de zorgprofessional, kan dit zijn omdat de patiënt de communicatie daadwerkelijk als prettig ervaarde. Echter kan het ook zijn dat de patiënt een hele lage verwachting had, waardoor de communicatie die niet is zoals gewenst is van een zorgprofessional toch goed scoorde op de tevredenheidsschaal. Tussen de jaren ‘90 en midden ‘00 kwam er een verschuiving in focus in deze meetinstrumenten van *patiënttevredenheid* naar *patiëntervaring*. Het bleek namelijk dat het zowel effectiever als informatiever is wanneer er gevraagd wordt naar wat er daadwerkelijk in het consult is gebeurd. Het referentiekader van de patiënt speelt hierdoor een minder grote rol, wat leidt tot meer objectieve informatie over de ervaringen (van Campen, Sixma, Kerssens, Peters & Rasker, 1998; Delnoij, 2009).

De patiëntervaring meet de belangrijkste aspecten van de patiëntgerichtheid van de zorg vanuit het perspectief van de patiënt (Anhang et al. 2014). Anhang en collega’s (2014) concludeerden in een systematische literatuurreview van 34 studies dat een hogere patiëntervaring gepaard gaat met een hogere therapietrouwheid, betere klinische resultaten en het minder gebruik maken van de gezondheidszorg. Echter zijn over de precieze definitie van patiëntervaringen de meningen verdeeld (Wolf, Niederhauser, Marshburn & LaVela, 2014). Het is zelfs zo dat de omschrijving van het begrip patiëntervaring veelal ontbreekt in artikelen waarin dit wordt gemeten in de gezondheidszorg. Wolf en collega’s (2014) voerden een literatuurreview uit naar de definitie/omschrijving van patiëntervaring. De onderzoekers hebben van 82 bruikbare artikelen de volledige tekst gescreend. Daaruit bleek dat 30 van deze 82 artikelen niet meegenomen konden worden in het onderzoek vanwege het ontbreken van een definitie of omschrijving van patiëntervaringen (Wolf et al., 2014). Ondanks dat er in de afgelopen jaren steeds meer onderzoek is gedaan naar de patiëntervaring, lijkt er nog weinig sprake van het samenvloeien van een geaccepteerde omschrijving van het begrip. In Tabel 3.1 zijn verschillende omschrijvingen van patiëntervaringen weergegeven die gebruikt werden in peer-reviewed artikelen die onderzoek deden naar de patiëntervaring in de gezondheidszorg.

De omschrijvingen kijken allemaal naar verschillende domeinen waarop patiënten een ervaring kunnen delen. Het domein welke het meest voorkomt is communicatie, gevolgd door het kunnen maken van keuzes doordat de patiënt betrokken wordt bij beslissingen en informatieverstrekking. De omschrijving van Hewitson en collega’s (2014) omvat al deze domeinen en zal in dit onderzoek worden aangehouden: “Patiëntervaring is het zelf-rapporteren van patiënten over hun ervaring met

klinische zorg, waaronder de interacties tussen personeel en patiënten, informatieverstrekking, betrokkenheid bij beslissingen en ondersteuning voor zelfzorg en algemene beoordelingen van de zorg”.

Tabel 3.1. Omschrijving patiëntervaring

Auteur/Jaar	Omschrijvingen Patiëntervaring
Bleich et al., 2009	Een responsiviteit op het gezondheidssysteem, dat specifiek verwijst naar de manier en omgeving waarin mensen worden behandeld wanneer zij naar gezondheidszorg streven. <i>Domeinen: Autonomie, keuze, communicatie, vertrouwelijkheid, waardigheid, aandacht en kwaliteit van basisvoorzieningen.</i>
Frampton, 2012	De patiëntervaring komt voor in twee belangrijke gebieden: 1) <i>menselijke interactie</i> – De communicatie en coördinatie of het gebrek daaraan tussen patiënten en hun families, en de zorgprofessionals die verantwoordelijk zijn voor de zorg. 2) <i>zorgomgeving</i> – Welke steeds complexer wordt door technologieën en leidt tot controleverlies. Patiënten ervaren een toenemende dissonantie tussen de waardering voor deze vooruitgang en het gevoel van onbehagen vanwege de verslechtering van de relatie met de zorgverleners die gepaard gaat met deze vooruitgang.
Hewitson et al., 2014	Het zelf-rapporteren van patiënten over hun ervaring met klinische zorg, waaronder de interacties tussen personeel en patiënten, informatieverstrekking, betrokkenheid bij beslissingen en ondersteuning voor zelfzorg en algemene beoordelingen van de zorg.
Staniszewska et al., 2014	Er zijn zeven generieke thema's die belangrijk zijn voor een hoogwaardige patiëntervaring: <i>patiënt als een actieve deelnemer, responsiviteit van diensten, een geïndividualiseerde aanpak, geleefde ervaring, continuïteit van zorg en relaties, communicatie, informatie en ondersteuning.</i>

3.2 Meetinstrumenten patiëntervaring oplossingsgerichte methode

Er zijn verschillende internationaal en nationaal gebruikte instrumenten die de patiëntervaring van de kwaliteit van de eerstelijnszorg meten (Steine, Finset & Learum, 2001; Truijens et al., 2014; Webster et al., 2011). In deze instrumenten worden verschillende domeinen gemeten welke van invloed zijn op de ervaring van de patiënt, zoals communicatie met zorgprofessionals, informatie, de uitkomsten van het consult en het respect hebben voor de voorkeuren en wensen van de patiënt. De oprichter van de oplossingsgerichte methode, De Shazer en zijn collega's, waren voornamelijk geïnteresseerd in het domein waarin gekeken wordt wat de zorgprofessionals en patiënten doen wat nuttig is (De Shazer & Berg, 1997). Zij waren vanaf het begin bezig met het zoeken naar en het uitvinden van wat werkt in de consulten. Hierbij was het niet van belang of de oplossingsgerichte methode 'even goed' werkte of zelfs 'beter' werkte dan andere therapeutische benaderingen (De Shazer & Berg, 1997). Om hierachter te komen hebben De Shazer en zijn collega's zelf een vragenlijst ontwikkeld om de patiëntervaring te onderzoeken welke persoonlijk bij de oprichters is opgevraagd door de onderzoekers van het onderzoek van Simon en Nelson (2005) (zie Box 3.1). De kern van dit semigestructureerde interviewschema zit dan ook in het bevragen van wat de patiënt als behulpzaam zag in het consult en welke componenten in het consult minder behulpzaam waren voor de patiënt. Eén van de kernaannames van de oplossingsgerichte methode is dat weerstand wordt gezien als een onnuttig concept en dat patiënten op verschillende manieren meewerken (De Shazer et al., 1986). Door te bevragen welke componenten uit het consult wel werken en welke minder, wordt de *worldview* van de patiënt gerespecteerd.

De semigestructureerde vragenlijst van De Shazer en zijn collega's komt overeen met meetinstrumenten naar de patiëntervaring uit de psychologische zorg. Doordat de oplossingsgerichte methode in de eerstelijnszorg wordt ingezet voor het motiveren, coachen en gezond gedrag

promoten, leveren eerstelijnszorgprofessionals psychologische zorg aan de patiënt. Meetinstrumenten waar in de psychologische zorg onder andere gebruik van wordt gemaakt en welke aansluiten bij het meetinstrument van De Shazer en zijn collega's zijn idiografische instrumenten. Deze instrumenten worden ingezet om antwoord te krijgen op vragen als: "Wat zijn de specifieke problemen van deze patiënt?", "Wat wil de patiënt bereiken met de therapie?", "Hoe ervaart de patiënt de behandeling" en "Wat is als behulpzaam en/of belemmerend ervaren in de therapie?" (Sales & Alves, 2012).

Box 3.1. Meetinstrument patiëntervaring oplossingsgerichte methode van de Shazer en collega's (Simon & Nelson, 2005)

Semigestructureerd:

- Wat gebeurde er in het consult dat als behulpzaam kan worden gezien?
- Gebeurde er iets wat de zorgprofessional niet goed deed, was er iets dat de zorgprofessional miste of wat de zorgprofessional beter had moeten doen?
- Op een schaal van 0-10, hoe behulpzaam was de zorgprofessional? Hoe komt het dat de zorgprofessional dit cijfer krijgt?
- Als je vandaag naar huis gaat en een vriend vraagt je naar het consult, hoe zou je dan beschreven hebben wat er is gebeurd in het consult?
- Zou je het een vriend/familie aanraden om naar een consult te gaan gericht op deze methode?
- Heb je nog aanvullende opmerkingen of vragen?

Over het algemeen worden er twee soorten idiografische instrumenten gebruikt: (1) instrumenten voor het meten van psychologische verandering, de *idiographic change measures* en (2) instrumenten die het perspectief van de patiënt aan het licht brengen om de veranderingsprocessen te kunnen meten (Sales & Alves, 2012). Deze laatste lijkt in lijn te zijn met wat De Shazer en zijn collega's voor ogen hadden voor het reflecteren op oplossingsgerichte methode. De instrumenten die het perspectief van de patiënt aan het licht proberen te brengen, gaan namelijk over wat de patiënt als nuttig of nutteloos zag in de behandeling. Veelgebruikte voorbeelden van deze soort instrumenten zijn de *Helpful Aspects of Therapy form* (H.A.T.) (Elliott, 1993) en de *Important Events Questionnaire* (Cummings, Martin, Hallberg & Slemon, 1992) en het *Narrative Interview Protocol* (McAdams, Diamond, de St Aubin & Mansfield, 1997). Deze instrumenten richten zich op wat er in het consult is gebeurd vanuit het perspectief van de patiënt en richten zich dus op de patiëntervaring. De instrumenten zijn ongestructureerd of semigestructureerd opgesteld of zijn een vragenlijst met open vragen, welke zowel mondeling als schriftelijk kan worden afgenomen.

De H.A.T. is een formulier dat na een consult kan worden ingevuld door de patiënt. Domeinen die bevraagd worden zijn welke gebeurtenissen in het consult als meest belangrijk werden ervaren en of er een gebeurtenis als hinderlijk werd gezien door de patiënt. Onder gebeurtenissen wordt bijvoorbeeld bedoeld iets wat de patiënt zei of deed, of iets wat de therapeut zei of deed (Elliott, 1993). De *Import Events Questionnaire* bevraagd de volgende domeinen: belangrijkste gebeurtenis in het consult, hoe was deze gebeurtenis nuttig of juist niet nuttig, welke gedachten en gevoelens had de patiënt tijdens het consult, welke gedachten had de patiënt tussen de consulten door en of de

patiënt gemerkt heeft dat hij of zij veranderd is (Cummings et al., 1992). Het Narrative Interview Protocol is een meetinstrument in de vorm van een interview waarin de patiënt gevraagd wordt om vrij te praten over de ervaringen met het consult of consulten (McAdams et al., 1997).

Door het gebruik van deze methoden krijgen zorgprofessionals de kans om te leren van de verhalen over de therapie zoals ze ervaren worden door de patiënten (Robinson, Ashworth, Shepherd & Evans, 2006). Zorgprofessionals krijgen inzicht in welke componenten in de consulten de patiënt beïnvloedt op zowel een positieve als negatieve manier wat ondersteuning kan bieden bij toekomstige klinische besluitvorming (Sales, Goncalves, Fragoeiro, Noronha & Elliott, 2007).

Hoofdstuk 4. Methode

4.1 Setting

Het onderzoek werd uitgevoerd in de wijk Veldhuizen, in Ede, in Nederland. Het Gezondheidscentrum Veldhuizen is op 1 januari 2016 gestart met het project Gezondhuizen, waarin zorgprofessionals een cursus voor de oplossingsgerichte methode volgen en dit toepassen in hun consulten (Project Gezondhuizen, 2017). Het uitgangspunt van dit project is een oplossingsgerichte aanpak, waarbij de zorgprofessionals extra aandacht geven aan een gezonde leefwijze. In het begin werd er voornamelijk gericht op zwangere vrouwen en hun partners en gezinnen met jonge kinderen. Ondertussen is het project verbreed en wordt de oplossingsgerichte methode ook toegepast op de andere patiënten.

4.2 Werving

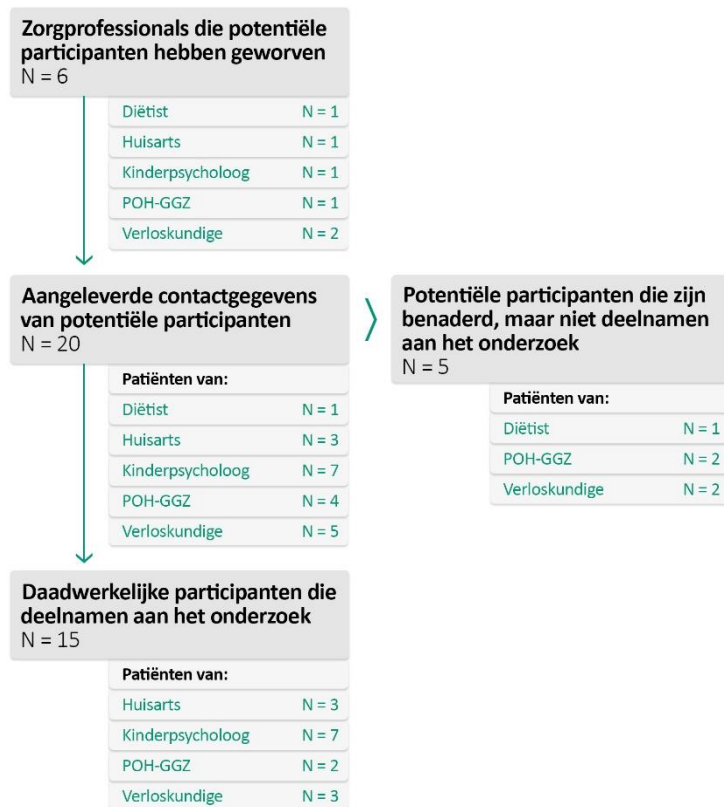
Participanten werden geworven via verschillende zorgprofessionals van het Gezondheidscentrum Veldhuizen die de oplossingsgerichte methode toepassen op hun patiënten. Een huisarts van project Gezondhuizen vroeg aan verschillende zorgprofessionals of zij mee wilden werken aan het werven van patiënten voor dit onderzoek. Wanneer zij hiermee instemde, hadden wij telefonisch of persoonlijk contact met de zorgprofessional om uitleg te geven over de doelen en methode van het onderzoek en de inclusie- en exclusiecriteria voor participanten. In totaal hadden zes zorgprofessionals patiënten op basis van de inclusie- en exclusiecriteria (zie Tabel 4.1) gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Deze zorgprofessionals waren een huisarts, een praktijkondersteuner huisarts op het gebied van de geestelijke gezondheid (POH-GGZ), een kinderpsycholoog, twee verloskundigen en een diëtist. Wanneer patiënten toestemming gaven om deel te nemen aan het onderzoek, ontvingen wij de contactgegevens van de patiënten.

Tabel 4.1. Inclusie- en exclusiecriteria voor participanten van het onderzoek

Categorie	Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Leeftijd	Participanten van 18 jaar of ouder	Participanten jonger dan 18 jaar
Ontvangen zorg	Participanten die zorg ontvingen van eerstelijns zorgprofessionals van Gezondheidscentrum Veldhuizen of ouders/verzorgers van patiënten die zorg ontvingen van eerstelijns zorgprofessionals van Gezondheidscentrum Veldhuizen	Participanten die zorg ontvingen van zorgprofessionals buiten Gezondheidscentrum Veldhuizen of ouders/verzorgers van patiënten die zorg ontvingen van zorgprofessionals buiten Gezondheidscentrum Veldhuizen
Vorm consult	Participanten die zorg ontvingen gebaseerd op de oplossingsgerichte methode	Participanten die zorg ontvingen die niet was gebaseerd op de oplossingsgerichte methode
Laatste consult	Participanten die in september of oktober 2018 hun laatste consult hadden gehad	Participanten die voor september 2018 hun laatste consult hadden gehad
Taal	Participanten die de Nederlandse of Engelse taal spraken en begrepen, zonder tussenkomst van een tolk	Participanten die de Nederlandse of Engelse taal niet konden spreken of begrijpen, zonder tussenkomst van een tolk

Patiënten die hun e-mailadres opgaven, ontvingen een e-mail waarin het onderzoek kort stond uitgelegd, er nogmaals werd gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek, er gevraagd werd of de patiënt het interview face-to-face of via de telefoon wilde doen en enkele suggesties voor datums om het interview te kunnen inplannen (Bijlage A). Patiënten die hun telefoonnummer opgaven, werden gebeld om hetzelfde te bespreken als in de e-mail.

Uiteindelijk ontving ik van twintig patiënten de contactgegevens, van wie er vijftien deelnamen aan het onderzoek (zie Figuur 4.1). Vijf potentiële participanten deden uiteindelijk niet mee vanwege verschillende redenen. Drie potentiële participanten reageerden niet op de mail en/of telefonisch contact. Eén potentiële participant kon niet meedoen vanwege haar bevalling en één potentiële participant kon niet meedoen vanwege drukte in haar eigen leven.



Figuur 4.1. Overzicht van het wervingsproces

4.3 Participanten

In tabel 4.2 zijn de karakteristieken van elk afzonderlijke participant weergegeven. Er namen twee mannen deel aan het onderzoek en dertien vrouwen. Drie participanten hadden consulten bij de huisarts, zeven bij de kinderpsycholoog, twee bij de POH-GGZ en drie bij de verloskundige. De participanten die naar de kinderpsycholoog zijn geweest, hebben alle zeven de rol van moeder. De participanten die naar de huisarts en kinderpsycholoog gingen hadden alle tien een zorgvraag die valt onder de geestelijke gezondheidszorg. Eén participant van deze tien had daarnaast een zorgvraag gerelateerd aan overgewicht. De participanten die naar de POH-GGZ zijn geweest, wilden geen uitleg geven over hun zorgvraag. Echter, doordat ze naar de POH-GGZ gaan, kan aangenomen worden dat ook zij een zorgvraag hadden die valt onder de geestelijke gezondheidszorg. De participanten van de verloskundige kwamen bij de zorgprofessional voor controle van de zwangerschap. De gemiddelde leeftijd van de participanten was 42 jaar (range 23-68 jaar). Twaalf participanten hadden de Nederlandse nationaliteit, twee participanten hadden de Turkse nationaliteit en één participant had de Duitse nationaliteit. De participanten met de Turkse en Duitse nationaliteit spraken en begrepen de Nederlandse taal.

Tabel 4.2. Karakteristieken participanten

#	Geslacht	Leeftijd	Etniciteit	Zorgprofessional	Reden bezoek zorgprofessional
1	Man	50	Nederlands	Huisarts	Depressie
2	Vrouw	38	Nederlands	Huisarts	Depressie en overgewicht
3	Vrouw	31	Nederlands	Huisarts	Depressie
4	Vrouw	36	Nederlands	Kinderpsycholoog	Emotie en prikkelregulatieproblemen
5	Vrouw	42	Duits	Kinderpsycholoog	Ontregeling in druk gezin, beeld ADHD
6	Vrouw	45	Nederlands	Kinderpsycholoog	Angsten en prikkelregulatieproblemen
7	Vrouw	40	Nederlands	Kinderpsycholoog	Angsten en ontregeling, beperkte weerbaarheid
8	Vrouw	41	Nederlands	Kinderpsycholoog	Emotie- en prikkelregulatieproblemen
9	Vrouw	35	Nederlands	Kinderpsycholoog	Angsten
10	Vrouw	38	Nederlands	Kinderpsycholoog	Fobische angsten
11	Man	68	Nederlands	POH-GGZ	-
12	Vrouw	66	Nederlands	POH-GGZ	-
13	Vrouw	23	Turks	Verloskundige	Controle zwangerschap
14	Vrouw	37	Turks	Verloskundige	Controle zwangerschap
15	Vrouw	29	Nederlands	Verloskundige	Controle zwangerschap

4.4 Interviewinstrument

Er werd een semigestructureerd interviewschema opgesteld op basis van het semigestructureerde interviewschema van De Shazer en collega's (Simon & Nelson, 2005) en op basis van de H.A.T. (Elliot, 1993) en de *Important Event Questionnaire* (Cummings et al., 1992).

In het semigestructureerde interview werd er eerst aan de participant gevraagd om het laatste consult met de eerstelijnszorgprofessional van gezondheidscentrum Veldhuizen te herinneren en het te beschrijven. Dit werd gedaan zodat de participant de inhoud van het consult zo goed mogelijk weer voor ogen had (Lloyd & Dallos, 2008). Vervolgens werd er ingegaan op hoe de participant het consult had ervaren, wat als prettig en behulpzaam werd gezien en wat als minder prettig en minder nuttig. Wanneer het onderwerp nog niet aan de orde was gekomen, werd er gevraagd naar hoe de participant het gesprek met de zorgprofessional had ervaren. Als afsluiting van het interviewdeel over de inhoud van het consult, werd er gevraagd naar wat de consulten de participanten hadden opgeleverd. Ook werd de schaalvraag ingezet, waarbij de participant moest aangeven op een schaal van 0 tot 10, waarbij 10 het getal is wanneer alle verwachtingen zijn uitgekomen en de participant uit de consulten haalt wat diegene zou willen halen, en 0 dat de participant nog niets is opgeschoten met de consulten, in welke mate aan de verwachtingen is voldaan. Een vervolgvraag hierop was wat er voor nodig is om de ervaring één punt hoger te maken. Als afsluiting van het interview werd gevraagd of de participant van project Gezondhuizen heeft gehoord. Vervolgens werd uitgelegd wat dit project precies inhoudt en wat de oplossingsgerichte methode is. Hierop volgde de vraag of de participant dit herkende in de consulten. De opgestelde interviewonderwerpen met bijbehorend(e) domein(en) zijn schematisch weergegeven in Tabel 4.3. Het gehele interviewinstrument is weergegeven in Bijlage B.

Doordat het om een semigestructureerd interview ging, was het van belang dat de onderzoeker doorvroeg op de antwoorden die de participant gaf. Hierbij moest er vooral gelet worden op dat het helder werd wat er precies voor zorgde dat iets werkte of minder goed werkte in het consult. Wat was het bijvoorbeeld precies dat de eerstelijnszorgprofessional zei of deed of juist niet zei of deed tijdens het consult.

Tabel 4.3. Interview onderwerpen

Interview onderwerp
1. Het laatste consult met de zorgprofessional van Gezondheidscentrum Velthuizen herinneren
2. Identificeren van de meest behulpzame gebeurtenissen in het consult en waarom
3. Identificeren van de minst nuttige gebeurtenissen in het consult en waarom.
4. Opstellen doelen
5. Hoe wordt het gesprek met de zorgprofessional ervaren (als dit al niet besproken is)
6. Identificeren wat de consulten hebben opgeleverd
7. Schaalvraag over verwachtingen van patiënt
8. Kennis achterhalen over project Gezondhuizen en de oplossingsgerichte methode

4.5 Procedure dataverzameling

De interviewprocedure vond plaats in september en oktober 2018. Wanneer participanten na het eerste contact met de onderzoeker over de mail of telefoon instemde met het interview werd er een afspraak gemaakt om het interview telefonisch of face-to-face af te nemen. Aan het begin van de ontmoeting werd nogmaals uitgelegd dat het om een onderzoek ging naar de ervaringen van de participant met de consulten. Er werd expliciet vermeld dat het geen onderzoek is naar hoe tevreden de participant is over de zorgprofessional, maar dat het gaat om de soort zorg die er gegeven wordt bij gezondheidscentrum Veldhuizen. Dit werd gedaan om te voorkomen dat participanten het gevoel hebben de zorgprofessional af te vallen wanneer er gevraagd werd naar de minder prettige en minder nuttige elementen uit het consult. Vervolgens werd er uitgelegd dat de gegevens anoniem worden verwerkt, de antwoorden alleen gebruikt zullen worden voor dit onderzoek en de participant elk moment kan stoppen met het interview zonder opgave van reden. Voor het analyseren van de data was het van belang om de interviews op te nemen en hiervoor werd toestemming gevraagd. Wanneer de participanten na deze uitleg nog steeds instemde met deelname aan het onderzoek, ondertekende ze het informed consent (Bijlage C). Wanneer het interview over de telefoon werd gehouden, las de onderzoeker het informed consent voor en werd er vervolgens gevraagd of de participant akkoord ging. Dit werd opgenomen middels de audiorecorder.

Na het ondertekenen van het informed consent, werd de audiorecorder aangezet en begon het interview. De participant werd zoveel mogelijk uitgenodigd om antwoorden toe te lichten met voorbeelden uit het consult. De interviews duurden tussen de 15 en 55 minuten. Wanneer het gehele interviewschema was doorlopen, werd de participant gevraagd of hij of zij zelf nog vragen en/of opmerkingen had. De participant werd er op gewezen dat wanneer hij of zij later nog vragen of opmerkingen had, altijd contact mocht opnemen. Daarnaast werd gevraagd of hij of zij een samenvatting zou willen ontvangen van de resultaten. Als laatste werd de participant hartelijk bedankt voor deelname.

4.6 Data analyse

Om de data te analyseren, werd elk interview getranscribeerd. Vervolgens werden de data volgens het zes-stappenplan van Braun en Clarke (2006) thematisch geanalyseerd. Ten eerste las de onderzoeker de transcripties een aantal keer om vertrouwd te raken met de data. Vervolgens werd er een eerste lijst met ideeën gemaakt over wat er in de data zit en wat er interessant aan is. De tweede fase omvat het creëren van initiële codes uit de data voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag: “Wat zijn de ervaringen van patiënten die zorg ontvangen van

eerstelijnszorgprofessional welke is gebaseerd op de oplossingsgerichte methode?”. De derde fase omvat het verzamelen van initiële codes in mogelijke thema’s. De vierde fase omvat het controleren van de thema’s in relatie tot de initiële codes en in relatie tot de volledige data. De vijfde fase is een doorlopende analyse om de bijzonderheden van elk thema te verfijnen. Er werden in deze fase duidelijke definities en namen aan elk thema gegeven. De zesde en laatste fase is een fase waarin de thematische analyse op een manier moet worden opgeschreven waardoor het een beknopt, samenhangend, logisch en interessant verhaal omvat dat de data representeert. De lezer moet overtuigd worden van de waarde en de validiteit van de analyse. Daarnaast werd er in de laatste fase een selectie gemaakt van levendige en overtuigende quotes uit de data, om het verhaal kracht bij te zetten (Braun & Clarke, 2006).

De scores van de schaalvraag werden geanalyseerd door het uitrekenen van het gemiddelde van alle scores samen.

4.7 Ethische overwegingen

Het onderzoeksvoorstel is goedgekeurd door de ethische commissie voor sociaalwetenschappelijk onderzoek van Wageningen UR (Bijlage D). De dataverzameling is gestart nadat deze goedkeuring werd gegeven. Voordat het interview werd gestart, zijn alle participanten zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd over de methode en het doel van het onderzoek. Participanten ondertekenden een informed consent (Bijlage C) of gaven over de telefoon hun akkoord wanneer het informed consent werd voorgelezen. Voordat het interview startte, gaf de onderzoeker een nummer of pseudoniem aan de participant. Vanaf het moment van transcriberen werden deze nummers of pseudoniemen gebruikt in plaats van de echte namen, waardoor de anonimiteit van de participanten werd gegarandeerd.

Hoofdstuk 5. Resultaten

De resultaten kunnen worden opgedeeld in vier hoofdthema's: doelgerichtheid; betrokkenheid patiënten; empowerment patiënten; en vergroten hulpbronnen van patiënten. De oplossingsgerichte methode werd gezien als een *doelgerichte* methode, waarbij er weinig aandacht gaat naar het verleden, het probleem en het diagnosticeren, maar waarbij de patiënt zoveel mogelijk *betrokken* wordt. Daarnaast wordt er via de oplossingsgerichte methode geprobeerd om de patiënten in hun kracht te zetten door middel van *empowerment* en worden de *hulpbronnen* vergroot.

Geen van de participanten hadden van te voren gehoord over project Gezondhuizen of over de oplossingsgerichte methode. Wanneer ik uitleg gaf over de oplossingsgerichte methode gaven zeven participanten aan dat deze uitleg wel aan het begin van het eerste consult was gegeven. Twaalf van de vijftien participanten herkenden de oplossingsgerichte methode in de consulten. Drie participanten zeiden het niet te herkennen. Deze participanten waren alle drie patiënten van de verloskundige.

5.1 Thema A: Doelgerichtheid

Een onderwerp dat veel ter sprake kwam en wat werd gewaardeerd aan de zorg, was dat de consulten doelgericht waren. Hiermee wordt bedoeld dat er voornamelijk naar de toekomst wordt gekeken in de consulten, naar datgene wat de patiënt zou willen in zijn of haar leven. Er werd zo min mogelijk achterom gekeken naar het probleem in de consulten. Op de vraag hoeveel minuten van het consult ongeveer opgingen aan het bespreken van het probleem, werd door alle participanten aangegeven dat dit beperkt gebeurd. Bij sommige participanten werd alleen in het eerste consult lang ingegaan op het probleem, bij de overige participanten bleek het niet meer dan vijf tot tien minuten per consult te zijn. De participanten gaven aan dat de consulten tussen de 30 en 45 minuten duren, wat betekent dat ongeveer tussen de 11% en 33% van de tijd van het consult opgaat aan het probleem. Wel moet worden aangekaart dat dit voor de participanten die bij de verloskundige komen anders ligt. Zij komen namelijk niet altijd met een 'probleem'. Echter, wanneer hen werd gevraagd of er doelen waren gesteld op het gebied van leefstijl, antwoorden twee participanten met ja, één participant vond zelf van niet, maar gaf aan dat de verloskundige hier anders over kon denken. Alle drie gaven ze aan dat er veel advies wordt gegeven over leefstijl, zodat de zwangerschap en bevalling zo gemakkelijk mogelijk kan verlopen. Echter werd het oplossingsgerichte hierin niet herkend. Alle vijftien participanten gaven aan het prettig te vinden dat de consulten doelgericht waren.

"Ik bleef heel erg in dingen hangen, ik kon niet loslaten, ik bleef maar, en daarom werd ik weer depressief. En daarom vroeg hij wat voor een toekomst wil je. Ja, wat wil ik eigenlijk.

Ik vind het heel bijzonder dat dit werkt, maar weet je hoe dat ook komt: ik vind dat psychologen en psychiaters, die maken het zo zwaar. Die gaan helemaal terug naar je kindertijd; hoe was papa; hoe was mama; hoe zag je eruit. Maar daar gaat het niet om. En dat is dus ook achteruit kijken. En dit is gewoon, tuurlijk moet je wel bij jezelf stil staan, maar niet zo diep op je gevoel en op je, pff, want dat schiet echt niet op hoor."

– Interview patiënt huisarts

“Als je de gesprekken terugkijkt, je bent daar, maar het gaat er niet over wat je hebt, maar hoe je het zelf verder ziet. Echt wel meer van niet meer achterom kijken, maar vooruit. Kijken naar straks. Wat zou je willen, hoe zie je dat, zou je niet dit, echt wel handvaten geven en dan meer naar de toekomst gericht, niet van toen dat en toen dat, nee. En als je dan terugkomt van het gesprek, heb je er houvast aan dat je er bent geweest.”

- Interview patiënt huisarts

Doordat de consulten doelgericht zijn opgebouwd, is er niet altijd een diagnose nodig om te behandelen. Zo werd er bij geen van de zes participanten waarbij het mogelijk was om een diagnose te stellen ook daadwerkelijk een diagnose gesteld. Vier van deze zes participanten gaven zelf aan dat ze ook niet voor een diagnose kwamen, maar juist voor handvaten om beter te kunnen omgaan met het probleem. Eén participant gaf aan dat het voor nu goed is dat er geen diagnose is, maar dat zij het idee heeft dat dit wel nodig is in de toekomst. De laatste participant gaf aan dat ze wel met het idee kwam om het probleem te diagnosticeren, zodat het eventueel kon worden uitgesloten, maar dat haar mening hierover is verandert na de consulten:

“De kinderpsycholoog zei: mij interesseert het op het moment even niet of hij echt ADHD heeft, want ook al heb je een diagnose, we kunnen wel even eerst dit proberen. En zo waren de consulten ook echt. En dat vond ik ook wel heel mooi. Dat is ook echt precies waar ik voor kwam. Nou kwam ik eigenlijk wel met de vraag van goh, we moeten dit eigenlijk uitsluiten, maar eigenlijk, nee, dat was voor mij, voor mij was het ook niet het belangrijkste geweest”

– Interview patiënt kinderpsycholoog

Ook al gaven de zorgprofessionals aan dat een diagnose niet nodig zou zijn, wel werd er aandacht besteedt aan het inzien en de oorzaak van het probleem. Van de twaalf participanten die naar de zorgprofessional met een probleem kwamen, gaven drie participanten aan het de consulten hen heeft geholpen bij het inzien van het probleem. Bij het inzien van het probleem komt ook kijken dat er meer bewustzijn wordt gecreëerd. Daarnaast gaven zes van de twaalf participanten aan het fijn te vinden dat er nu een oorzaak is voor het probleem. Deze zes participanten waren alle zes patiënten van de kinderpsycholoog. Bij deze participanten telde mee dat het om het probleem ging van het kind. Alle zes gaven ze aan dat ze het gedrag nu beter kunnen plaatsen en er meer begrip voor kunnen opbrengen.

“Het bewust zijn van helpt zodat je er naar kan handelen of dat je het kan verklaren inderdaad. Dat je er dan minder snel boos om wordt misschien. Dan lag ze op bed, dan maakt het niet om een kwartiertje nog te lezen, maar dan lag ze op bed en dan was het alsnog niet goed. Op een gegeven moment is het gewoon klaar. Maar dan is het voor haar nog niet klaar. Nu kan je snappen waarom ze zo doet. Dan praat je er iets langer over en dan word ik er niet boos om. Dan is het voor haar weer sneller over. Dus dat is het gevolg ervan. Dan is het fijn om de achterliggende gedachte te weten.”

– Interview patiënt kinderpsycholoog

Twee participanten die consulten hadden gehad bij de kinderpsycholoog gaven aan dat het voor de zoon of dochter ook belangrijk was om het probleem te kunnen inzien en de oorzaak hiervan te weten, voordat de oplossingen werkten.

“De consulten geven haar houvast. En dat is wat ze nodig heeft, die houvast. En ook een verklaring dat het daardoor komt. En dat je daar ook mee om moet gaan.”

- Interview patiënt kinderpsycholoog

“Wat helpt is dat het hem realiseert van: oh ja, als ik zo boos wordt, dat kan eigenlijk niet. Dan niet wij [ouders] alleen zeggen als je boos bent, kun je niet met dingen gaan gooien, maar dat je het er ook met een ander over hebt.”

- Interview patiënt kinderpsycholoog

Om het probleem beter te kunnen plaatsen, is het nodig om naar het probleem te kijken. Uit de interviews kwam naar voren dat dit wel eens in tegenstelling is met doelgerichtheid. Aan de ene kant vinden participanten het prettig dat er naar de toekomst wordt gekeken en de focus niet op het probleem ligt, maar aan de andere kant lijken ze de oorzaak wel graag te willen weten. Zo gaven drie participanten aan dat ze vonden dat er meer aandacht nodig is voor het probleem. Zij twijfelden of de gesprekken en opdrachten uit de consulten, zonder dat er testen worden gedaan op bijvoorbeeld diagnoses, voldoende zouden zijn. Zij gaven alle drie aan dat er meer helderheid nodig is in datgene waar tegenaan gelopen wordt, voordat er met oplossingen wordt gewerkt.

“Ik vind het zelf prettig om gelijk, ik ben meer van gelijk aanpakken en doen, maar soms is het ook fijn om eerst de oorzaak te achterhalen. Ik ben voor doelgericht, maar je moet wel weten wat de oorzaak is. Anders kun je niet doelgericht gaan werken.”

- Interview patiënt kinderpsycholoog

“Ik weet niet wat ik kan verwachten van alleen gesprekken daar ik zou het nog iets concreter willen, nog wat helderder voor mij in wat we kunnen doen met hem. Daar is eigenlijk ook weer de vraag van hebben we dan helder genoeg van waar je eigenlijk tegenaan loopt.”

- Interview patiënt kinderpsycholoog

5.2 Thema B: Betrokkenheid patiënten

Een ander onderwerp waarover de participanten veel spraken, was de mate waarin ze betrokken werden in zowel de oplossingen die bedacht werden als de communicatie. Elf van de vijftien participanten gaven aan dat zij zelf de oplossingen konden, of zelfs moesten, aandragen.

“De kinderpsycholoog heeft hem gevraagd van joh, wat zou je kunnen doen om af te koelen, om die boosheid kwijt te raken. Aan de hand van wat je leuk vindt, wat doe je graag. Dit moest mijn zoon ook allemaal zelf opschrijven, zelf inkleuren. Dat hebben hun samen gedaan, daar heb ik mij ook niet mee bemoeid eigenlijk.”

- Interview patiënt kinderpsycholoog

“Hij heeft wel handvaten aangegeven en daar zijn we mee verder gegaan. Uiteindelijk moet je de oplossing wel zelf bedenken. De POH-GGZ stuurt wel ergens naar toe en dan ga je erover nadenken en dan creëer je het antwoord eigenlijk al zelf.”

- Interview patiënt POH-GGZ

Alle elf de participanten gaven aan dat het zelf oplossingen verzinnen meehielp met het werkbaar maken van de oplossing. Ze hadden de oplossing namelijk zelf bedacht en gaven aan het idee te hebben dat ze op deze manier enthousiaster zijn over het proberen dan wanneer de oplossing op

een andere manier zou worden aangedragen. Acht van de elf participanten gaven aan op deze manier na te denken over alledaagse dingen, waar ze eerder niet aan hadden gedacht. Kleine veranderingen maakten ineens een grote verandering in het leven van de participanten.

“Ik denk dat het me het meest helpt het mee helpen met het bedenken van oplossingen. Bijvoorbeeld de tafelsituatie is erg druk, maar los van of je nou extra last hebt van drukte of prikkels, is het niet het meest leuke moment van de dag. Wat men zegt dat het eten gezellig moet zijn, is dat gewoon soms niet zo, Dan helpt het bijvoorbeeld als de kinderpsycholoog mee denkt met wat zou je dan helpen? Zit je wel op de goede plek? Dan komt hij met: ik wil misschien wel helemaal in het hoekje zitten, daar waar de anderen niet zitten. Dat soort dingen. Het was heel erg gericht op waar je andere oplossingen kunt bedenken, waar zouden we de situatie kunnen veranderen zodat het voor hem helpt. Dat helpt hem het meest.”

- Interview patiënt kinderpsycholoog

Door negen van deze elf participanten werd het zelf oplossingen verzinnen ook als meest behulpzaam aan het consult gezien. De overige drie participanten hadden vooral het idee dat zij advies kregen. Opvallend is dat dit alle drie participanten van de verloskundigen zijn. Zij gaven aan dat er in de consulten aandacht is voor leefstijl, maar dat dit voornamelijk in de vorm van advies is. Alle drie de participanten van de verloskundigen zijn naar speciale avonden geweest waarin er advies wordt gegeven over leefstijl en in de consulten werd hier verder op ingegaan. Echter bleef het voor het gevoel van de participanten bij ‘standaard’ advies. Twee participanten gaven aan dit fijn te vinden en proberen het advies van de verloskundigen zo goed mogelijk op te volgen. Daarnaast werden door twee participanten aangegeven dat dit ‘standaard’ advies niet dieper inging op onderwerpen als hoeveel je precies mag aankomen of juist mag afvallen. Een participant gaf aan dat ze de adviezen té vindt en vaak onpersoonlijk.

“Dan zeggen ze bijvoorbeeld: je moet op de linkerkant slapen, want dat is goed voor de baby, maar ik kan van mijn lang-zal-ze-leven niet op de linkerkant liggen. Ze geven heel veel advies en soms denk ik weet je, laat het ons maar even zelf ervaren. Twintig jaar geleden werden ze ook goed geboren, dus waarom wordt er dan zoveel opgelegd. Voor mijn gevoel is dat. Het is een beetje alsof er regels worden gesteld. Je mag dit niet, je mag dat niet, je mag zus niet, je mag zo niet. Ik zei al tegen mijn man: het is het strengste dieet dat ik ooit heb gehad.”

- Interview patiënt verloskundigen

De communicatie met de zorgprofessional werd door twaalf van de vijftien participanten als duidelijk en helder ervaren. Het belangrijkste voor de participanten was dat zij het gevoel hadden dat er echt naar hen geluisterd wordt, zowel wanneer er over het probleem wordt gepraat als wanneer het over de oplossing gaat. Drie participanten gaven aan soms het idee te hebben dat de zorgprofessional zich zo op de oplossing of het advies focust, dat hij vergeet dat de patiënt eigenlijk iets anders wilt. In dit geval wordt er, volgens de participanten, doorgeslagen in het oplossingsgerichte.

5.3 Thema C: Empowerment patiënten

In dit thema wordt het woord *empowerment* gezien als patiënten in hun kracht zetten. Dit is een belangrijk onderdeel van de oplossingsgerichte methode. Veertien van de vijftien participanten gaven aan dat de zorgprofessional hen in hun kracht probeerde te zetten door middel van het geven

van complimenten, het herkaderen, door geen focus te leggen op 'slecht' gedrag en door het probleem in perspectief te brengen. Eén participant zag dit niet terug in de consulten.

Elf van de veertien participanten vertelden dat ze complimenten kregen van de zorgprofessional. Er werden complimenten gemaakt over hoe iemand de situatie had aangepakt, over hoever de patiënt al is gekomen, over wat er allemaal al wel goed gaat in de probleemsituatie en over de uitvoering van de opdrachten. De participanten gaven aan dat dit hun zelfvertrouwen en een gevoel van trots geeft. Eén participant gaf in eerste instantie aan dat het voor haar niet zo nodig hoefde, maar dat het uiteindelijk wel een trots gevoel gaf.

“En de huisarts zegt: Dat vind ik zo knap, je hebt zoveel meegemaakt, maar als ik zie hoe je er nu mee omgaat. Hij zegt: Ik ben gewoon trots op je, het gaat niet altijd even goed, maar dat je er nog staat, hij zegt ja, dat vind ik wel een applausje waard. En ja, dan ben ik wel blij.”

- Interview patiënt huisarts

“Wat ik het mooie van de aanpak vond is dat de kinderpsycholoog eigenlijk de angst een beetje in kaart bracht van joh, je hebt eigenlijk heel veel dingen al overwonnen. Het is eigenlijk heel knap dat je toch naar de tandarts gaat, toch naar de huisarts gaat, dat je door je ouders laat geruststellen. Eigenlijk liet hij dus zien: je doet heel veel dingen al goed.”

- Interview patiënt kinderpsycholoog

Zes participanten gaven aan dat het zogenoemde herkaderen een grote impact heeft gehad. Vijf van deze zes participanten gaven aan dat zij of hun kind het gevoel hadden dat ze niet normaal waren, of in ieder geval anders dan anderen. De zorgprofessional nam dit gevoel weg door de situatie te herkaderen. Op deze manier liet hij de patiënt inzien dat het beeld dat iemand in zijn hoofd heeft, niet per definitie de werkelijkheid is. Ze zijn bijvoorbeeld niet de enige patiënten die angsten hebben voor spuiten van de dokter of zich wel eens onzeker voelen over zichzelf. Alle zes de participanten gaven aan dat dit een gevoel van opluchting geeft. Ook al wisten sommigen dit ergens zelf al wel, de bevestiging werd als nuttig en prettig gezien.

“Ik ben best wel moe en heb vaak weinig energie om dingen te gaan doen. En in het begin dacht ik: dit komt gewoon door de misselijkheid, ik ben pas zwanger, het zal wel. Maar nu ik 23 weken zwanger ben, voelt het voor mij anders. Ik heb een beetje het idee in mijn hoofd dat zwangere vrouwen stralend rondlopen met hun dikke buik, en ze extra mooi zijn, en ik heb dat niet. [...] Maar dit soort dingen kan ik ook gewoon met de verloskundige bespreken en ze doet daar niet gek over. Want het klinkt wel gek vind ik. Maar ze maakt het heel normaal.”

- Interview patiënt verloskundige

Daarnaast gaven negen participanten aan dat er nauwelijks aandacht werd besteed aan 'slecht' gedrag. Vier participanten zeiden hierover dat ze zelf wel dit gedrag wilden delen met de zorgprofessional, maar dat deze het liet varen. Er werd niet op dat bepaalde gedrag ingegaan wanneer het op dat moment niet van invloed was op de zorgvraag. Wanneer dit wel het geval was, werd er advies gegeven op een manier waardoor de patiënt zich niet slecht over zichzelf voelde.

“De huisarts gaat er verder ook helemaal niet op in. Vorige week zei ik het volgens mij nog tegen hem, van dat ik ’s ochtends een beetje onrustig ben, dat ik dan aardig veel kan roken. Gaat hij helemaal niet op in. Laat hij gewoon gaan. Ik noemde ook nog dat ik bijna acht kilo afgevallen was. Dat komt later wel als je herstelt. Hij gaat echt meer voor het herstel.”

- Interview patiënt huisarts

“De verloskundige geeft je ook nooit het gevoel dat je het fout doet. Ze vroeg bijvoorbeeld of ik iets aan sport doe, en om eerlijk te zijn doe ik echt helemaal niks aan sport. We hebben het hier dan wel over, en dat het natuurlijk beter zou zijn als ik bijvoorbeeld elke 30 minuten zou gaan wandelen, ook voor de bevalling, maar het voelt niet alsof ik iets slechts doe.”

- Interview patiënt verloskundige

Aan de ene kant werd dit als prettig ervaren, maar aan de andere kant is er wel een reden waarom participanten dit delen met de zorgprofessional. Op de vraag wat de participanten er van vonden dat de zorgprofessional niet ingaat op opmerkingen over slecht gedrag werd verschillend gereageerd. Zes participanten vonden het goed dat het op deze manier werd aangepakt en drie participanten vonden dat er iets meer aandacht voor zou mogen zijn. Dit wisten ze echter niet concreter te maken.

Vier participanten gaven aan dat de zorgprofessional er voor zorgde dat het probleem in perspectief werd gezien. Het is heel makkelijk om het probleem groter te maken dan het is, mede door de invloed van buitenaf. Zo gaven participanten aan dat wanneer je met je omgeving over een probleem praat, iedereen wel weer iemand kent die ook zoiets heeft, en dat verhaal is in veel gevallen net een tandje erger. Deze drie participanten gaven aan dat ze het fijn vonden dat er aandacht in het consult werd besteed aan het in perspectief brengen van het probleem. Het gevolg van het probleem in perspectief zien is namelijk dat de oplossing veel gemakkelijker lijkt.

“Het doel was vooral om het probleem niet te groot te maken, maar in perspectief te blijven zien. En een soort van aanpak: eerst over spuiten praten, dan misschien een plaatje of filmpje te laten zien van een spuit, en aan het einde misschien dat je eigen huisarts, je niet gaat prikken natuurlijk, maar wel een echte spuit met naald laat zien.”

- Interview patiënt kinderpsycholoog

“Dat hij uit onze verhalen, daar haalt hij uit van zou het zus of zou het zo zijn, en ja, je moet het niet groter maken dan dat het is he. En dat ziet hij ook. Hij probeert het juist heel simpel te maken.”

- Interview patiënt POH-GGZ

5.4 Thema D: Vergroten hulpbronnen van patiënten

Een ander belangrijk onderdeel in de consulten bleek het vergroten van de hulpbronnen van patiënten. Elf van de vijftien participanten gaven aan dat de zorgprofessional hen hielp met zich sterker te voelen door middel van opdrachten, advies, lichtpuntjes en het eigen tempo te mogen bepalen. Dit leidde er voor negen participanten toe dat zij vonden dat hun zelfvertrouwen en de mate van controle omhoog ging.

Vijf participanten gaven aan opdrachten mee naar huis te krijgen om zich sterker te laten voelen of om beter met de situatie te kunnen omgaan. Vier participanten kregen ‘het stoplicht’ mee als opdracht mee naar huis. Het is dan de bedoeling dat de patiënt een stoplicht maakt, waarin groen staat voor het gevoel ‘goed’ en rood staat voor het gevoel ‘boos’. Vervolgens moet de patiënt bedenken en opschrijven wat hij of zij kan doen wanneer hij in het vakje oranje of rood zit om weer terug te gaan naar het vakje groen. De participanten gaven aan dat er met kleuren wordt gewerkt, omdat dat minder negatief klinkt dan wanneer er gezegd wordt: ik ben nu boos. Van deze vier participanten kregen drie participanten ook de opdracht om een dagschema te maken, zodat er meer structuur komt in het leven. De stoplichtopdracht werd door alle vier de participanten als behulpzaam gezien. Het dagschema bleek voor de participanten moeilijker omdat er meerdere gezinsleden in huis wonen. Wel gaven de participanten aan dat het een houvast geeft. Eén participant kreeg de opdracht om positieve punten van zichzelf op te schrijven:

“Voor een opdracht moest ik een stuk of tien positieve punten over mezelf opschrijven. Dat is best lastig. Je komt maar op een paar dingetjes. Dus ja, verder weet je het gewoon niet. Dan moet je andere mensen gaan vragen en dat is best lastig. Want ja, je moet toch de durf hebben om dus te gaan vragen van ja, hoe zie je mij en wat zijn mijn, wat vind jij goede eigenschappen van mij? Maar eigenlijk was het wel heel fijn, want ja, je hebt dan toch eigenlijk wel meer goede eigenschappen van jezelf dan je eerst dacht.”

- Interview patiënt huisarts

Eén participant gaf aan dat er advies is gegeven om de hulpbronnen van haar zoon te kunnen vergroten:

“Ja, en hij heeft ook aangeboden om een weerbaarheidstraining te volgen, nou ja, dat heeft hij geadviseerd en opgezocht wie ik dan kan bellen. Daar helpt hij gewoon mee”

- Interview patiënt kinderpsycholoog

Daarnaast gaven zeven participanten aan dat de zorgprofessional hen laat zien hoe er veranderingen aangebracht kunnen worden in het gedrag. Door kleine veranderingen in het gedrag, kan de situatie al heel anders verlopen en hiermee worden dus ook de hulpbronnen van de patiënten vergroot.

“Er zijn ook een aantal dingen hoe wij onze zoon moeten benaderen, waar de kinderpsycholoog mee is gekomen. Gewoon duidelijker naar hem zijn, zoals ga je boodschappen doen, zeg dat tien minuten van te voren. Je kunt niet zomaar plotseling bij hem iets gaan ondernemen. Afspraken maken en dat werkt gewoon super.”

- Interview patiënt kinderpsycholoog

“Vaak in bed ging mijn dochter dan ook over dingen nadenken. Toen heeft de kinderpsycholoog ook gezegd dat we dan gewoon even moeten gaan praten. En dan ook vragen van is het nu goed? Dat ze dan haar hoofd ook leeg heeft en dat ze dan gaat slapen. Dat heeft ook heel erg geholpen.

- Interview patiënt kinderpsycholoog

Er was één participant die vertelde dat zij van de zorgprofessional op zoek moest naar lichtpuntjes in het leven. Het idee hierachter is dat er altijd een of meerdere momenten op een dag zijn waarop de situatie minder erg is of zelfs goed. Door actief op zoek te gaan naar deze momenten, op zoek te

gaan naar de uitzonderingen, wordt het gemakkelijker om het probleem aan te pakken, volgens de participant.

“Want ik zei ja, ik voel me altijd klote, en de huisarts zei nee, niemand, dat kan niet, je kunt niet 24/7, dat kan niet. Er is, ook al heb je het niet in de gaten, al is het één seconde, je glimlacht een keer op een dag, of het valt wel mee. Het hoeft niet gelijk helemaal gelukkig, maar het valt wel mee. Al is het maar vijf seconde op een dag, die heb je. En ik dacht heel niet. En toen ging ik er op letten, en toen heel wel. Die zijn er wel. En dan ging het nergens over hoor, dan ging mijn katje bijvoorbeeld, weet ik veel, die keek me heel lief aan, dat ik dacht ah. Dat ik dacht, hé, ja dat zie ik wel. Dus dan weet je dat je ook meer kan zien.”

- Interview patiënt huisarts

Ten slotte werd bij drie participanten de hulpbronnen vergroot mede doordat de participant zelf het tempo mocht bepalen. Er werd niet het gevoel gegeven dat het nu meteen moest, maar hij of zij mocht zelf bepalen wanneer hij er klaar voor zou zijn. De participanten gaven aan dat dit hielp. Eén participant gaf zelfs aan dat de stapjes nu sneller gingen dan wanneer er meer druk achter leek te zitten.

“Mijn zoon moet aangeven of hij weer aan een volgende stap toe is, en wat die volgende stap dan is. Hij vindt bloedprikken heel eng. Dus bijvoorbeeld, dat hij eerst alleen het bandje ziet, wat om de arm heen gaat. Nou, dat was klaar, dan het volgende stapje, wat vind je dan, wat kunnen we dan gaan doen. Zo stapje voor stapje en dan moet hij zelf aangeven of hij er klaar voor is.”

- Interview patiënt kinderpsycholoog

5.5 Waardering oplossingsgerichte methode

Gemiddeld werd de oplossingsgerichte methode door de participanten gewaardeerd met een 8,4 (range 5-10; mediaan: 8,5). De participanten zijn over het algemeen positief. Dat de participanten zelf de oplossingen mochten bedenken en actief betrokken werden in dit proces werd het meeste gewaardeerd. Op de tweede plek staat de focus op het positieve en de toekomst. Echter, door een aantal valkuilen in de oplossingsgerichte methode viel het cijfer in sommige gevallen lager uit. Zo was er het idee dat er soms niet genoeg op het probleem werd ingegaan. Alle participanten waren het er over eens dat het geen zin heeft om heel diep in te gaan op het probleem, maar voor sommige was er het gevoel dat er te snel overheen werd gekeken.

“Maar, ze kennen hem niet, ze weten ook niet dat hij alles lekker kan verdraaien en naar zijn eigen hand kan zetten, zeg maar. Dus dan kan mijn zoon wel zeggen ik ben hartstikke bang, maar aan de ene kant denk ik volgens mij is er meer aan de hand, is het gewoon gewenning. Dat prikken ze dan niet door, zeg maar. En dat vind ik jammer, dat ze niet verder kijken.”

- Interview patiënt kinderpsycholoog

Deze staat in verband met de tweede valkuil die werd genoemd, namelijk dat er in sommige gevallen te erg op de oplossing of het advies werd gefocust, dat er vergeten werd dat de participant iets anders nodig had van de zorgprofessional. Daarnaast gaven vijf participanten aan dat de oplossingen en adviezen die werden gegeven heel gemakkelijk leken, dit hadden ze zelf ook wel kunnen

bedenken. Deze vijf participanten waren allen moeders van een kind die consulten heeft gehad bij de kinderpsycholoog. Wel werd er in alle vijf de gevallen bij gezegd dat het voor het kind heel fijn is, maar het heeft wel invloed gehad op de hoogte van de cijfers.

Hoofdstuk 6. Discussie

6.1 Interpretatie resultaten

Het doel van dit onderzoek was om te achterhalen (1) welke componenten uit de oplossingsgerichte methode worden toegepast door eerstelijnszorgprofessionals; (2) welke componenten in de oplossingsgerichte methode een positieve bijdrage leveren aan de zorg en (3) welke componenten in de oplossingsgerichte methode de effectiviteit zouden kunnen beperken. Uit de interviews bleek dat de participanten bijna alle kernelementen uit de oplossingsgerichte methode ervaarden zoals beschreven door de Shazer en collega's (1986). Zo ondervonden de participanten dat de nadruk op het verleden en op de details van het probleem niet essentieel zijn, er situaties zijn waarin het probleem minder of niet aanwezig is en zagen ze dat kleine veranderingen een belangrijke impact kunnen hebben. De participanten hadden het idee dat de consulten doelgericht waren, waarin er gezocht werd naar oplossingen in het alledaagse leven. Ten slotte ervaarden de participanten dat problemen afhankelijk zijn van de eigen perceptie en interpretatie, door middel van herkaderen en het probleem in een context te zetten. Alleen de wondervraag uit de oplossingsgerichte methode werd bij geen van de participanten toegepast. In de literatuur werd bij het aspect de wondervraag ook al vraagtekens gezet (Lloyd & Dallos, 2008). De wondervraag is in veel gevallen lastig te stellen, omdat het niet altijd mogelijk is dat de ziekte of aandoening geheel zal verdwijnen na behandeling. De wondervraag laat de patiënt nadenken over wat de situatie zou zijn wanneer er een wonder zou gebeuren, wat zou er dan verandert zijn. Voor vele patiënten zal het antwoord hierop zijn dat zij dan de ziekte of aandoening niet meer hebben. De hypothetische toekomst lijkt in dit geval een betere optie, omdat de patiënt dan moet nadenken over de vraag hoe hij of zij zijn toekomst ziet. Met deze vraag wordt niet geïmpliceerd dat een optie is dat de ziekte of aandoening geheel verdwenen is. Dit kan een belangrijke reden zijn waarom de wondervraag niet werd toegepast bij de participanten.

Er waren vier componenten uit de oplossingsgerichte zorg die een positieve bijdrage leverden aan de zorg, namelijk de doelgerichtheid, de betrokkenheid van patiënten bij de zorg, empowerment van patiënten en het vergroten van de hulpbronnen van patiënten. De doelgerichtheid van de consulten, en dan in het bijzonder het zoeken en vinden van oplossingen, werd als erg behulpzaam gezien. Daarnaast vonden de participanten in dit onderzoek het fijn dat ze in grote mate betrokken werden bij de consulten. Het overgrote deel van de participanten, namelijk 73%, vond zelfs dat het zelf bedenken van oplossingen het meest behulpzame was uit de consulten. Dit komt overeen met eerder onderzoek van King en collega's (2017). In hun onderzoek naar de ervaringen van familieleden van kinderen en jongeren met een handicap met oplossingsgerichte coaching in kinderrevalidatie vonden ze dat deze manier van coaching werd ervaren als een samenwerking welke erg doelgericht was. Dit werd als een groot pluspunt beschouwd (King et al., 2017). Ook in het onderzoek van Carr en collega's (2014) werd gevonden dat patiënten het idee hadden dat de zorgprofessional hen hielp te focussen op hun doelen, op datgene waar ze naar toe wilden. Dit gaf het zicht op de toekomst voor de patiënten een positieve draai.

De derde component waarbij de patiënten in hun kracht werden gezet, oftewel empowerment, is een onderdeel dat veelal werd gebruikt in de consulten. De meest gebruikte tools hiervoor waren complimenteren en herkaderen. 79% van de participanten gaf aan dat ze complimenten ontvingen

tijdens de consulten, wat de participanten zelfvertrouwen en een trots gevoel gaf. 64% van de participanten gaf aan dat er in de consulten gebruik werd gemaakt van herkaderen, waardoor de situatie of het probleem genormaliseerd werd. Dit leverde een positieve bijdrage aan de zorg, doordat met het normaliseren van het probleem, het probleem voor de participant minder groot werd. 43% van de participanten gaf aan dat er geen aandacht werd besteedt aan 'slecht' gedrag, zoals roken. Gedrag dat op dat moment geen invloed heeft op het probleem, werd op dat moment genegeerd. Daarnaast gaf 21% van de participanten aan dat de zorgprofessional hielp bij het probleem in perspectief zien. Dit hield in dat het probleem niet groter werd gemaakt dan het is. Ook in andere studies werd empowerment van patiënten gezien als een belangrijk en behulpzaam onderdeel van de oplossingsgerichte methode (Barlow et al., 2010; Carr et al., 2014; Dargan et al., 2014; Lloyd & Dallos, 2008). Deze onderzoeken kwamen allemaal tot de conclusie dat de oplossingsgerichte methode hielp met het vergroten van de empowerment en daarmee het zelfvertrouwen van de patiënt. De component die hier sterk mee verbonden is, is het vergroten van de hulpbronnen van patiënten. Wanneer de patiënt het gevoel heeft over meerdere hulpbronnen te beschikken, gaat het zelfvertrouwen ook omhoog. Hierbij werd ook door 82% van de participanten die het gevoel kregen dat de zorgprofessional hielp bij het vergroten van de hulpbronnen aangegeven dat hun gevoel van controle omhoog ging. Carr en collega's (2014) kwamen tot dezelfde resultaten. Zij onderzochten de ervaring van patiënten met een langdurige ziekte met de oplossingsgerichte methode en concludeerden dat het gevoel van empowerment, controle en zelfvertrouwen bij de patiënten omhoog ging. Dit kwam voornamelijk doordat de zorgprofessional de sterke punten en hulpmiddelen van de patiënten versterkten.

Componenten uit de oplossingsgerichte methode die de effectiviteit zouden kunnen beperken zijn de focus teveel op de toekomst en de focus teveel op de oplossingen te leggen, waardoor het probleem voor het gevoel van de patiënt wordt vergeten. Hoewel alle participanten het erover eens waren dat het doelgerichte van de behandeling en de focus op de oplossing als heel behulpzaam wordt ervaren, kwam bij sommige participanten het gevoel dat er te weinig aandacht was voor het probleem of de situatie. In het onderzoek van Simon en Nelson (2005), waarin werd onderzocht wat patiënten met verschillende psychiatrische diagnoses nuttig vonden aan de oplossingsgerichte therapie, kwam naar voren dat een kwart van de patiënten het onderzoeken van het probleem de meest behulpzame factor vonden. Zij kwamen tot drie verklaringen waarom patiënten toch graag over hun problemen praten. Ten eerste is het iets wat patiënten waarschijnlijk gewend zijn wanneer ze eerder zorg hebben gekregen. Ten tweede zit het in de cultuur en wordt het in de media weergegeven dat er verwacht wordt dat je over problemen praat wanneer je naar een zorgprofessional gaat. Ten slotte kunnen patiënten de veronderstelling hebben dat praten over het probleem het ook daadwerkelijk zal oplossen (Simon & Nelson, 2005). De oplossingsgerichte methode werd hierdoor soms als te oplossingsgericht gezien. Ook was er bij een aantal participanten het idee dat de oplossingsgerichte methode te 'gemakkelijk' is en dat ze twijfelden of het genoeg zou zijn. Nylund en Corsiglia (1994) legden in hun onderzoek het verschil uit tussen het gebruik van *solution-focused* therapie en *solution-forced* therapie. Volgens hen is er sprake van *solution-forced* therapie wanneer de zorgprofessional alleen de oplossingsgerichte elementen gebruiken in de therapie en waarbij de behoeften van de patiënt genegeerd worden (Nylund & Corsiglia, 1994). Dit kan gebeuren wanneer er geen erkenning is voor de pijn van de patiënt, wanneer de zorgprofessional een opvallende uitzondering van de cliënt negeert of wanneer de zorgprofessional de redenen voor het zoeken naar hulp van de patiënt niet in overweging neemt. Nylund en Corsiglia (1994) beschrijven dat wanneer

zorgprofessionals in hun enthousiasme om de oplossingsgerichte methode te gebruiken een paar van de belangrijkste componenten van de methode vergeten: het gebruiken van de hulpbronnen van de patiënt en het respecteren van de *worldview* van de patiënt. In het onderzoek van Lee (1997) naar de oplossingsgerichte methode bij zowel kinderen als volwassenen in de geestelijke gezondheid, werd er door enkele patiënten aangegeven dat dat de consulten star, kunstmatig, te positief, ongevoelig en niet ondersteunend waren.

Als laatste werd, vooral door de participanten die leefstijladviezen kregen, aangekaart dat de adviezen soms te onpersoonlijk zijn en de zorgprofessional, in dit geval de verloskundige, niet altijd dieper wil ingaan op de leefstijladviezen door aan te geven dat de participant bijvoorbeeld te veel is aangekomen of juist afgevallen. Een verklaring hiervoor zou gegeven kunnen worden door Christenson en collega's (2018). Zij onderzochten op welke manier verloskundigen communiceren met patiënten over zwangerschapsgewichtsaanbevelingen en op welke gebieden er verbetering nodig is. Zij concludeerden dat verloskundigen een dilemma ervaren tussen de verantwoordelijkheid voor een gezonde zwangerschapsgewichtstoename en de empathie en bewustzijn van het gewichtsstigma wat ertoe kan zetten om gewichtstoenameaanbevelingen te vermijden of zelfs te veranderen. Deze empathie van de verloskundigen en het bewustzijn van het gewichtsstigma beïnvloedt sterk de communicatie over het lichaamsgewicht met zwangere vrouwen. Gewichtstoenameaanbevelingen werden vermeden of veranderd uit angst om gevoelens van schaamte of schuldgevoelens bij de zwangere vrouwen op te wekken (Christenson et al., 2018). Dit is jammer, omdat de participanten juist aangaven persoonlijk advies te willen hebben, welke hoort bij hun situatie.

6.2 Methodologische overwegingen

Door middel van een kwalitatief onderzoek bestaande uit semigestructureerde interviews is onderzocht wat de ervaringen van patiënten zijn die zorg ontvangen van eerstelijnszorgprofessionals welke is gebaseerd op de oplossingsgerichte methode. Doordat er gebruik werd gemaakt van semigestructureerde interviews kon de interviewer dieper ingaan op wat het precies is dat behulpzaam of minder behulpzaam was voor de participant. Op deze manier kwam er meer en gedetailleerde informatie uit de interviews, die de sterktes en zwaktes van de oplossingsgerichte methode inzichtelijker maakte.

Daarnaast kon het interview zowel over de telefoon als persoonlijk worden afgenomen. Wanneer participanten zich niet comfortabel genoeg voelden om persoonlijk af te spreken om hun mening te geven over de consulten, was een telefonisch interview een goed alternatief. Dit werd ook zo aangegeven door participanten.

Een ander sterk punt aan het onderzoek was dat alle betrokken zorgprofessionals een training oplossingsgerichte zorg heeft gehad. Dit houdt in dat alle zorgprofessionals wisten wat de oplossingsgerichte methode is, hoe deze moet worden toegepast en welke kernaannames en kernelementen hiertoe behoren. De informatie verkregen uit de interviews ging dus ook echt over de oplossingsgerichte methode en kan hieraan gerelateerd worden.

Echter zijn er ook verschillende beperkingen aan het onderzoek. Zo is het onderzoek alleen bij het Gezondheidscentrum Veldhuizen in Ede uitgevoerd en is dus af te vragen of de uitkomsten te generaliseren zijn naar andere plaatsen in Nederland. Daarnaast is er in het onderzoek een scheve verdeling qua zorgprofessionals in de eerstelijnszorg. Door de moeilijkheden met het werven van

patiënten en de beperkte tijd, bleek het niet mogelijk om van meer verschillende zorgprofessionals uit de eerstelijnszorg een evenredig aantal aan patiënten te interviewen. Daarnaast waren van de vijftien participanten, maar twee participanten man. Ook deze twee punten verminderen de generaliseerbaarheid van de uitkomsten naar de gehele eerstelijnszorg in Nederland.

Een andere beperking aan het onderzoek is dat de participanten die meededen aan het onderzoek door de zorgprofessional zijn uitgekozen. Het zou kunnen zijn dat voornamelijk de patiënten zijn gevraagd waarvan de zorgprofessional wist dat ze positief waren over de consulten. Ook is het mogelijk dat participanten sociaal wenselijke antwoorden gaven om de zorgprofessional niet af te vallen. Dit is geprobeerd om te voorkomen door duidelijk van te voren aan te geven dat het geen functioneringsonderzoek is naar de zorgprofessional, maar dat het enkel om de inhoud van de consulten en de vorm van zorg gaat.

Ten slotte is er in het onderzoek geen vergelijking mogelijk met een traditionele consultatie doordat er geen gebruik is gemaakt van een controlegroep. De oplossingsgerichte methode scoorde gemiddeld een 8.4, echter kan hier moeilijk een betekenis aan worden gegeven doordat er alleen is onderzocht wat de ervaringen van patiënten met de oplossingsgerichte methode zijn.

6.3 Aanbevelingen

6.3.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Toekomstig onderzoek over de oplossingsgerichte methode in de eerstelijnszorg is nodig om meer inzicht te krijgen in *hoe* en *of* de oplossingsgerichte methode werkt voor zorgvragen die niet uitsluitend tot de geestelijke gezondheidszorg behoren. Tot nu toe hebben onderzoeken naar de werking van de oplossingsgerichte methode zich voornamelijk gericht op de geestelijke gezondheidszorg, echter is het ook een veelbelovende interventie voor het coachen, motiveren en promoten van gezond gedrag. In dit onderzoek zijn drie participanten van de verloskundige meegenomen, maar zij gaven alle drie aan de oplossingsgerichte methode niet helemaal te herkennen in de consulten. Verder is er onderzoek nodig naar hoe de valkuil van doorslaan in het oplossingsgerichte kan worden voorkomen of in ieder geval eerder gesignaleerd kan worden.

6.3.2 Aanbevelingen voor het uitvoeren van de oplossingsgerichte methode

Het doel van dit onderzoek was onder andere om te achterhalen welke componenten in de oplossingsgerichte methode als behulpzaam werden gezien en welke componenten als niet of minder nuttig. Hieruit kwamen als kritiekpunt naar voren dat de zorgprofessional niet moet doorslaan in het oplossingsgerichte. De participanten gaven duidelijk aan dat ze het als prettig en nuttig ervaren om over het probleem te praten en hier ook graag de ruimte voor krijgen in de consulten. Een belangrijke aanbeveling is dus dat de zorgprofessional er op let dat hij of zij niet doorslaat in het oplossingsgerichte, maar de behoefte van de patiënt in het oog houdt. Wanneer er namelijk wel wordt doorgeslagen in het oplossingsgerichte, wordt de effectiviteit van de oplossingsgerichte methode kleiner doordat de patiënt niet het gevoel heeft dat de zorgprofessional echt snapt waarvoor hij of zij hulp heeft gezocht.

Daarnaast waren er een aantal elementen uit de consulten die als meest behulpzaam werden gezien en als aanbeveling dienen bij het uitvoeren van de oplossingsgerichte methode:

- Laat de patiënt zijn of haar *eigen oplossingen bedenken* of betrek de patiënt er zoveel mogelijk bij;
- Geef de patiënten *complimenten*;
- Maak gebruik van *herkaderen*. De omgeving heeft een grote invloed op de patiënt en doordat overal verhalen te vinden zijn over mensen die ‘hetzelfde’ hebben en waarbij het erger is, waardoor de realiteit ver weg kan zijn van de patiënt.

6.4 Conclusie

De hoofdvraag van dit onderzoek was:

“Wat zijn de ervaringen van patiënten die zorg ontvangen van eerstelijnszorgprofessionals welke is gebaseerd op de oplossingsgerichte methode?”.

Concluderend kan gesteld worden dat de patiënten over het algemeen zeer tevreden zijn over de oplossingsgerichte methode. Met uitzondering van de wondervraag of hypothetische toekomst werden alle componenten uit de kernaannames en kernelementen van de oplossingsgerichte methode toegepast in de consulten. De componenten doelgerichtheid, en daarbij zelf het bedenken van oplossingen, het krijgen van complimenten en het herkaderen werden als meest behulpzame componenten ervaren en leveren een positieve bijdrage aan de zorg. Wat de effectiviteit zou kunnen beperken, is wanneer de zorgprofessional doorslaat in het oplossingsgerichte en geen oog meer heeft voor het probleem, de echte behoeften en persoonlijke kenmerken van de patiënt zelf. De patiënten ervaren dit als onpersoonlijk en voelen zich niet gehoord, wat leidt tot juist geen oplossing voor de zorgvraag.

Referenties

1. Andrews, T. (2012). What is social constructionism. *Grounded theory review*, 11(1), 39-46.
2. Anhang Price, R., Elliott, M.N., Zaslavsky, A.M., Hays, R.D., Lehrman, W.G., Rybowski, L., ... & Clearly, P.D. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 522-554.
3. Bannink, F.P. (2007). Solution-focused brief therapy. *Journal of contemporary psychotherapy*, 37(2), 87-94.
4. Barlow, J., Whitlock, S., Hanson, S., Davis, H., Hunt, C., Kirkpatrick, S. & Rudolf, M. (2010). Preventing obesity at weaning: parental views about the EMPOWER programme. *Child: Care, Health & Development*, 36(6), 843-849.
5. Bleich, S.N., Özaltin, E. & Murray, C.J. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 87 271-278
6. Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
7. Campen, C., van, Sixma, H.J., Kerssens, J.J., Peters, L. & Raker, J.J. (1998). Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: the development of the QUOTE-Rheumatic-Patients instrument. *British Journal of Rheumatology*, 37(4), 362-368.
8. Cantwell, P. & Holmes, S. (1994). Social construction: A paradigm shift for systemic therapy and training. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 15(1), 17-26.
9. Carr, S.M., Smith, I.C. & Simm, R. (2014). Solution-focused brief therapy from the perspective of clients with long-term physical health conditions. *Psychology, health & medicine*, 19(4), 384-391.
10. Christenson, A., Johansson, E., Reynisdottir, S., Torgerson, J., & Hemmingsson, E. (2018). Shame and avoidance as barriers in midwives' communication about body weight with pregnant women: A qualitative interview study. *Midwifery*, 63, 1-7.
11. Cummings, A.L., Martin, J., Hallberg, E. & Slemon, A. (1992). Memory for therapeutic events, session effectiveness, and working alliance in short-term counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 39(3), 306-312.
12. Dargan, P.J., Simm, R. & Murray, C. (2014). New approaches towards chronic pain: patient experience of a solution-focused pain management programme. *British Journal of Pain*, 8(1), 34-42.
13. Delnoij, D.M. (2009). Measuring patient experiences in Europe: what can we learn from the experiences in the USA and England? *The European Journal of Public Health*, 19(4), 354-356.
14. De Shazer, S. & Berg, I.K. (1997). 'What works?'. Remarks on Research Aspects of Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Family Therapy*, 19(2), 121-124.
15. De Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E.V.E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family process*, 25(2), 207-221.
16. Dunst, C.J. & Trivette, C.M. (1989). An enablement and empowerment perspective of case management. *Topics in Early Childhood Special Education*, 8(4), 87-102.
17. Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gauden, C.M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., ... & Beasley, M. (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *The Cochrane Library*, 12, 1-40.
18. Elliott, R. (1993). *Helpful Aspects of Therapy form*. Geraadpleegd op 13 augustus 2018, van: <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/hat.pdf>

19. Frampton, S.B. (2012). Healthcare and the patient experience: harmonizing care and environment. *Health Environments Research & Design Journal*, 5(2), 3-6.
20. Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of general psychology*, 2(3), 300-319.
21. Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3), 218-226.
22. Fredrickson, B.L. & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition & emotion*, 19(3), 313-332.
23. Ganis, G., Thompson, W.L. & Kosslyn, S.M. (2004). Brain areas underlying visual mental imagery and visual perception: an fMRI study. *Cognitive Brain Research*, 20(2), 226-241.
24. Gardner, B., Broström, A., Nilsen, P., Hrubos Ström, H., Ulander, M., Fridlund, B., ... & Johansson, P. (2014). From 'does it work?' to 'what makes it work?': The importance of making assumptions explicit when designing and evaluating behavioural interventions. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(4), 292-294.
25. Gingerich, W.J. & Peterson, L.T. (2013). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice*, 23(3), 266-283.
26. Glasgow, R.E., Goldstein, M.G., Ockene, J.K. & Pronk, N.P. (2004). Translating what we have learned into practice: principles and hypotheses for interventions addressing multiple behaviors in primary care. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(2), 88-101.
27. González Suitl, K., Franklin, C., Córnejo, R., Castro, Y. & Smock Jordan, S. (2017). Solution-focused brief therapy for Chilean primary care patients. Exploring a linguistic adaptation. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1-26
28. Hewitson, P., Skew, A., Graham, C., Jenkinson, C. & Coulter, A. (2014). People with limiting long-term conditions report poorer experiences and more problems with hospital care. *BMC Health Services Research*, 14(1), 33-43.
29. Johnson, J., Clifton, R.G., Roberts, J.M., Myatt, L., Hauth, J.C., Sprong, C.Y., ... & Peaceman, A.M. (2013). Pregnancy outcomes with weight gain above or below the 2009 Institute of Medicine guidelines. *Obstetrics and gynecology*, 121(5), 969-975.
30. King, G., Schwellnus, H., Servais, M. & Baldwin, P. (2017). Solution-focused coaching in pediatric rehabilitation: investigating transformative experiences and outcomes for families. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 0(0), 1-17.
31. Kravitz, R. (1998). Patient satisfaction with health care. *Journal of General Internal Medicine*, 13(4), 290-282.
32. Lang, P.J. (1979). A bio-information theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16(6), 495-512.
33. Lee, M.Y. (1997). A study of solution-focused brief family therapy: Outcomes and issues. *American journal of family therapy*, 25(1), 3-17.
34. Lloyd, H. & Dallos, R. (2008). First session solution-focused brief therapy with families who have a child with severe intellectual disabilities: mothers' experience and views. *Journal of Family Therapy*, 30(1), 5-28.
35. McAdams, D.P., Diamond, A., de St Aubin, E. & Mansfield, E. (1997). Stories of commitment. The psychosocial construction of generative lives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(3), 678-694.

36. Michie, S. & Abraham, C (2004). Identifying techniques that promote health behavior change: Evidence based or evidence inspired *Psych Health*, 19, 29-49.
37. Miller, G. & De Shazer, S. (2000). Emotions in solution-focused therapy: A re-examination. *Family process*, 39(1), 5-23.
38. Nylund, D. & Corsiglia, V. (1994). Becoming solution-focused forced in brief therapy: Remembering something important we already knew. *Journal of Systemic Therapies*, 13(1), 5-12.
39. Polaschek, L. & Polaschek, N. (2007). Solution-focused conversations: a new therapeutic strategy in well child health nursins telephone consultations. *Journal of Advanced Nursing*, 59(2), 111-119.
40. Project Gezondhuizen (2017). Gezondhuizen: Wat kan beter? Voorlopig werkplan Gezondhuizen 2017. Ede: Gezondhuizen.
41. Ramezani, S., Khosravi, A., Motaghi, Z., Hamidzadeh, A. & Mousavi, A. (2017). The effect of cognitive-behavioural and solution-focused counseling on preventing of postpartum depression in nulliparous pregnant women. *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(2), 172-182.
42. Robinson, S.I., Ashworth, M., Stepheerdt, M. & Evans, C. (2006). In their own words: a narrative-based classification of clients' problems on an idiographic outcome measure for talking therapy in primary care. *Primary Care Mental Health*, 4(3), 165-174.
43. Rudolf, M.C.J., Hunt, C., George, J., Hajibagheri, K. & Blair, M. (2010). HENRY: development, pilot and long-term evaluation of a programme to help practioners work more effectively with parents of babies and pre-school children to prevent childhood obesity. *Child: care, health and development*, 36(6), 850-857.
44. Sales, C. Goncalves, S., Fragoeiro, A., Noronha, S. & Elliot, R. (2007). Psychotherapists openness to routine naturalistic idiographic research? *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, 4(2), 145-161.
45. Sales, C. & Alves, P.C. (2012). Individualized patient-progress systems: Why we need to move towards a personalized evaluation of psychological treatments. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 53(2), 115-121.
46. Simon, J. & Nelson, T. (2005). Results of last session interviews in solution focused brief therapy: Learning from the clients. *Journal of family psychotherapy*, 15(4), 27-45.
47. Sommers-Flanagan, J., Polanchek, S., Zeleke, W.A., Hood, M.H. & Shaw, S.L. (2015). Effectiveness of solution-focused consultations on parent stress and competence. *The Family Journal*, 23(1), 49-55.
48. Staniszevska, S., Boardman, F., Gunn, L., Roberts, J., Clay, D., Seers, K., ... & O'Flynn, N. (2014). The Warwick Patient Experiences Framework: patient-based evidence in clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(2), 151-157.
49. Steine, S., Finset, A. & Laerum, E. (2001). A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Family practice*, 18(4), 410-418.
50. Truijens, S.E., Pommer, A.M., van Runnard Heimel, P.J., Verhoeven, C.J., Oei, S.G. & Pop, V.J. (2014). Development of the Pregnancy and Childbirth Questionnaire (PCQ): evaluating quality of care as perceived by women who recently gave birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 174, 35-40.
51. Valve, P., Lehtinen-Jacks, S., Eriksson, T., Lehtinen, M., Lindfors, P., Saha, M.T., ... & Anglé, S. (2013). LINDA – a solution-focused low-intensity intervention aimed at improving health behaviors of young females: a cluster-randomized controlled trail. *BMC Public Health*, 13(1), 1044-1057.

52. Webster, T.R., Mantopoulos, J. Jackson, E., Cole-Lewis, H., Kidane, L., Kebede, S., ... & Bradley, E.H. (2011). A brief questionnaire for assessing patient healthcare experiences in low-income settings. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(3), 258-268.
53. Whitlock, E.P., Orleans, C.T., Pender, N. & Allen, J. (2002). Evaluating primary care behavioural counseling interventions. An evidence-based approach 1. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(4), 267-284.
54. Wolf, Niederhauser, Marshburn & LaVela (2014). Defining Patient Experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 7-19.
55. Zhang, A., Franklin, C., Currin-McCulloch, J., Park, S. & Kim, J. (2018). The effectiveness of strength-based, solution-focused brief therapy in medical settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Behavioral Medicine*, 42(2), 139-151.

Bijlagen

Bijlage A: Wervingsemail

Beste meneer/mevrouw,

Mijn naam is Yvonne Buunk, en ik ben een masterstudent aan de Universiteit van Wageningen. Op het moment ben ik bezig met een onderzoek naar de ervaring van patiënten van Gezondhuizen. Ik heb via *naam zorgprofessional (functie zorgprofessional)* uw e-mailadres ontvangen, omdat u heeft aangegeven mee te willen doen aan het onderzoek. Ten eerste hartelijk bedankt dat ik u mag benaderen.

Ik zal u eerst kort wat informatie geven over het onderzoek. Om de patiëntervaring te meten hoop ik bij zoveel mogelijk patiënten een interview af te nemen. Deze duurt niet lang, ik schat zo tussen de 20 minuten en een halfuur. Het is mogelijk om dit interview over de telefoon te doen, maar we kunnen ook ergens afspreken, zoals bij u thuis of op de Universiteit. Dit mag u zelf beslissen. Het interview wordt geheel anoniem verwerkt, dit betekent dat nergens uw naam komt te staan. Ook wordt de informatie die u geeft alleen gebruikt voor dit onderzoek en zal dit niet verder verspreid worden. Het is een onderzoek waar het belangrijk is om gewoon uw mening te geven. Geen enkel antwoord is fout en als u op een vraag geen antwoord wilt geven dan is dit ook goed.

Kunt u aan mij doorgeven of u inderdaad mee wilt werken aan het onderzoek, en zo ja, wanneer dan voor u het beste uit komt. Ik zelf kan *datums opgeven met dagdelen/tijden*. Kunt u dan ook meteen doorgeven of u het interview persoonlijk of over de telefoon wilt houden?

Mocht u verder nog vragen hebben, dan kunt u die mij altijd stellen door te mailen of te bellen. Mijn contactgegevens staan onderaan deze mail.

Ik hoor graag van u!

Met vriendelijke groet,
Yvonne Buunk

yvonne.buunk@wur.nl | 06-45483405

Bijlage B: Het interview instrument

Onderwerp	Proces	Inhoud
Opening	- Begroeten participant - Uitleg over het doel van de methode van het onderzoek - Ondertekenen informed consent - Opname audiorecorder starten	- Goeiemorgen/middag/avond. Zullen we beginnen met het interview? - Zoals we al hebben besproken gaat het interview over de ervaringen van patiënten bij gezondheidscentrum Veldhuizen. Hierin is het belangrijk om te weten dat het geen onderzoek is naar hoe tevreden u bent over de zorgprofessional. Het gaat om de soort zorg die er gegeven wordt bij het gezondheidscentrum. - Uw gegeven worden anoniem verwerkt en uw antwoorden worden alleen voor dit onderzoek gebruikt. Wanneer u geen antwoord wilt geven op een vraag, hoeft dit niet. En hier hoeft u ook geen reden voor op te geven. - Voor het analyseren van alle interviews is het handig als ik het interview kan opnemen. Heeft u hier bezwaar tegen? - Laten lezen/voorlezen informed consent en laten ondertekenen/akkoord geven - Opname audiorecorder starten!
Demografische kenmerken	- Vragen naar bepaalde demografische kenmerken van de participant	- Wat is uw leeftijd? - Wat is uw etniciteit? - Bij welke zorgprofessional van gezondheidscentrum Veldhuizen komt u?
Het laatste consult herinneren	- Vragen naar het laatste consult dat de participant heeft gehad.	- Wanneer had u uw laatste consult bij de zorgprofessional? - Kunt u dit consult voor mij beschrijven?
Identificeren behulpzame/prettige gebeurtenissen in consult	- Vragen naar meest behulpzame en prettige gebeurtenissen uit het laatste consult - Doorvragen op antwoorden van participant	- Hoe heeft u uw laatste consult ervaren? - Wat was voor u behulpzaam of vond u prettig? <i>Voorbeelden doorvraag-vragen</i> → Kunt u deze gebeurtenis omschrijven? → Wat gebeurde er precies? → Hoe voelde u zich hierbij? → Waarom was dit behulpzaam/prettig voor u? → Gebeurde er nog meer in het consult wat u behulpzaam of prettig vond?
Identificeren minst nuttige/minder prettige gebeurtenissen in consult	- Vragen naar minst nuttige en minder prettige gebeurtenissen in het laatste consult - Doorvragen op antwoorden van participant	- Wat was voor u het minst nuttig in het consult? <i>Voorbeelden doorvraag-vragen</i> → Kunt u deze gebeurtenis omschrijven? → Wat gebeurde er precies? → Hoe voelde u zich hierbij? → Waarom was dit niet nuttig voor u? → Gebeurde er nog meer in het consult wat u als niet of minder nuttig zag? - Waren er minder prettige gebeurtenissen in het consult? <i>Voorbeelden doorvraag-vragen</i> → Kunt u deze gebeurtenis omschrijven? → Wat gebeurde er precies? → Hoe voelde u zich hierbij? → Waarom was dit niet nuttig voor u? → Gebeurde er nog meer in het consult wat u als minder prettig vond?
Opstellen doelen	- Vragen naar of en op welke manier er doelen zijn opgesteld in het consult	- Heeft u een doel opgesteld in het consult? (Of in een eerder consult waar u nu aan werkt?) <i>Voorbeelden doorvraag-vragen</i> → Kunt u dit doel noemen?

	- Doorvragen op antwoorden van participant	→ Op welke manier is dit doel opgesteld? → Waarom is er voor dit doel gekozen? → Is dit voor u het belangrijkste doel op dit moment? → Waarom wel/niet?
Communicatie met zorgverlener	- Vragen naar hoe het gesprek met de zorgverlener werd ervaren - Doorvragen op antwoorden van participant	- Hoe heeft u het gesprek met de zorgverlener ervaren? <i>Voorbeelden doorvraag-vragen</i> → Kunt u dit verder uitleggen? → Wat gebeurde er precies in het consult dat u dit vindt? → Kunt u hier een voorbeeld van geven uit het consult? → Wat vond u prettig/minder prettig aan het consult? → Wat zou voor u de meest prettige manier van communicatie zijn? (Kunt u dit uitleggen met een voorbeeld?)
Uitkomst consulten	- Vragen naar wat de consulten hebben opgeleverd - Schaalvraag over verwachtingen - Doorvragen op antwoorden van participant	- Wat hebben de consulten u opgeleverd? <i>Voorbeelden doorvraag-vragen</i> → Kunt u dit verder uitleggen? → Kunt u een voorbeeld geven uit de thuissituatie waarin dit te merken was? → Hoe voelde u zich hierbij? - Op een schaal van 0 tot 10, waarbij 10 het getal is waarbij al uw verwachtingen zijn uitgekomen en u haalt uit de consulten wat u zou willen halen, en 0 is dat u nog niets bent opgeschoten met de consulten en dat de consulten een verspilling van tijd zijn, in welke mate is aan uw verwachtingen voldaan? <i>Voorbeelden doorvraag-vragen</i> → Kunt u dit cijfer toelichten? → Wat zou de ervaring één punt hoger hebben gemaakt? → Kunt u hier een voorbeeld van geven?
Uitleg project Gezondhuizen	- Vragen of participanten hebben gehoord van project Gezondhuizen - Uitleg geven over dit project - Uitleg geven over de oplossingsgerichte methode - Vragen of de participanten dit herkennen. - Doorvragen op antwoorden van participant	- Gezondheidscentrum Veldhuizen is bezig met een project dat Gezondhuizen heeft. Heeft u hier van gehoord? <i>Voorbeelden doorvraag-vragen</i> → Zo ja, wat weet u hiervan? → Hoe bent u dit te weten gekomen? - In het project Gezondhuizen bieden de zorgprofessionals ook zorg volgens de oplossingsgerichte methode. De aandacht gaat daarbij niet zo zeer naar het probleem of de oorzaak van het probleem, maar juist naar wat mensen willen bereiken. Zorgprofessionals en patiënten zoeken daarbij samen naar de mogelijkheden van de mensen daarvoor. Herkent u dit in de consulten? <i>Voorbeelden doorvraag-vragen</i> → Zo ja, waarin? → Kunt u hier een voorbeeld of meerdere voorbeelden van geven? → Zo nee, hoe vind u de oplossingsgerichte methode klinken? → Denkt u dat u ermee geholpen zou kunnen worden?
Afsluiting	- Vragen/opmerkingen van participant - Interesse in samenvatting resultaten - Participant bedanken	- Dit waren de vragen die ik had. Heeft u misschien nog vragen of opmerkingen voordat we het interview gaan afsluiten? - Heeft u interesse in een samenvatting van de resultaten wanneer deze af zijn? - Hartelijk bedankt dat u wilde meewerken aan het onderzoek!

Bijlage C: Informed consent

Mijn naam is Yvonne Buunk en ik ben een masterstudent Health and Society aan Wageningen University. Voor mijn masterthesis doe ik onderzoek naar de ervaringen van patiënten met de eerstelijnszorg van gezondheidscentrum Veldhuizen in Ede. Voor dit onderzoek wil ik u graag interviewen om duidelijk te krijgen wat uw persoonlijke ervaringen zijn. Het interview duurt ongeveer 20 minuten en zal worden opgenomen middels een audiorecorder. Het is geheel vrijwillig om deel te nemen aan dit onderzoek en er zal vertrouwelijk worden omgegaan met uw gegevens. Dit betekent dat u anoniem blijft en dat uw antwoorden alleen voor dit onderzoek worden gebruikt. Daarnaast hoeft u geen antwoord te geven op een vraag wanneer u dat niet wilt en kan het interview gestopt worden wanneer u wilt. Hier hoeft u geen reden voor op te geven.

Mocht u vragen hebben, kunt u deze altijd stellen. U kunt ook altijd later nog contact met mij opnemen.

Met vriendelijke groet,

Yvonne Buunk

yvonne.buunk@wur.nl | 06 45 48 34 05

In te vullen door deelnemer

- ☐ Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de methode en doel van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden.
- ☐ Ik begrijp dat de audio-opname uitsluitend gebruikt zal worden voor de analyse.
- ☐ Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgaaf van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

.....

Datum: Handtekening deelnemer:

Bijlage D: Ethische goedkeuring

	
6706 kn Hollandseweg 1 Wageningen The Netherlands	
To whom it may concern	
The following project proposal has been reviewed by the Social Sciences Ethics Committee (SEC):	
Title: Patiëntervaringen met oplossingsgerichte zorg Project team: Yvonne Buunk, Dr Kirsten Verkooljen Funding: - Period: September - October 2018 Location: Ede	
The Committee has concluded that the proposal deals with ethical issues in a satisfactory way and that it complies with the Netherlands Code of Conduct for Scientific Practice.	
With kind regards,	
	
Professor Dr Marcel Verweij Chair Social Sciences Ethics Committee	
DATE	17-09-2018
SUBJECT	Ethical approval of research project
POSTAL ADDRESS	6706 kn Hollandseweg 1 Wageningen The Netherlands
VISITOR'S ADDRESS	Building 201
INTERNET	www.wur.nl/university
CHC NUMBER	09215846
HANDLED BY	Prof. Dr Marcel Verweij
TELEPHONE	+31 (0)31 7484334
EMAIL	esther.roquas@wur.nl
Wageningen University & Research is specialised in the domain of healthy food and living environment.	