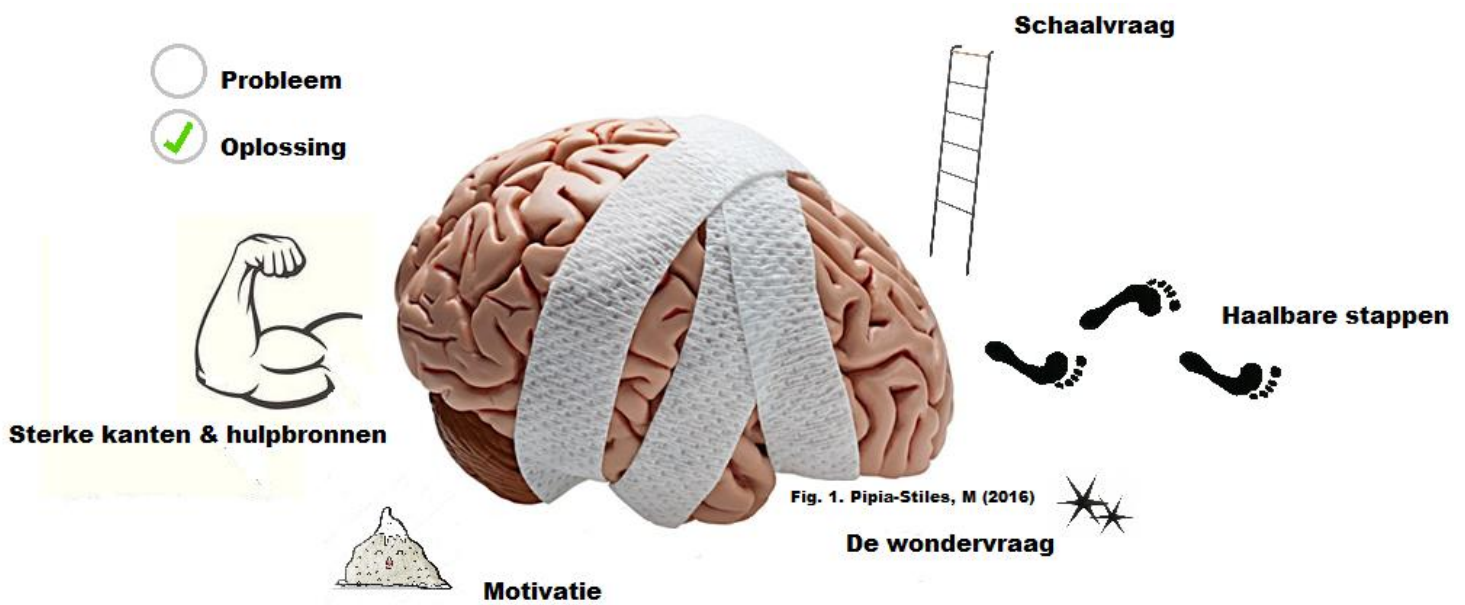


# Oplossingsgericht werken met mensen met niet-aangeboren hersenletsel



Auteur: Sanne Naafs

# Oplossingsgericht werken met mensen met niet-aangeboren hersenletsel

*Naam auteur:* S.W.G. Naafs  
*Studentnummer:* 994855173  
*Plaats:* Hengelo  
*Datum:* December 2019

**Onderwijsinstelling:**

*Naam:* NTI  
*Adres:* Schuttersveld 6, 2316 ZB  
*Plaats:* Leiden  
*Faculteit:* Social Work  
*Opleiding:* Maatschappelijk werk en dienstverlening  
*Begeleider:* Monique van Wonderen  
*Beoordelaar:* Margot Verschuur & Johan Verwoerd

**Opdrachtgever:**

*Naam:* InteraktContour  
*Adres:* Elspeterweg 22, 8070 AC  
*Plaats:* Nunspeet  
*Afdeling:* Behandeling  
*Begeleider:* Emma van Reijmersdal  
*Afstudeerperiode:* September 2018 t/m December 2019

## Voorwoord

Op dit moment is er na een periode van ongeveer een jaar een einde gekomen aan mijn afstudeeronderzoek. Het resultaat ligt nu in de vorm van een onderzoeksrapport voor u. Tijdens deze periode is er onderzoek gedaan naar de methodiek oplossingsgericht werken en de meerwaarde daarvan voor de doelgroep mensen met niet aangeboren hersenletsel. Deze scriptie probeert inzicht te geven in de methodiek en biedt handvatten voor een organisatie om deze te implementeren. Het onderzoek is uitgevoerd bij InteraktContour een organisatie die mensen met niet aangeboren hersenletsel ondersteuning biedt. Het onderzoek is geschreven door Sanne Naafs, in het kader van de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan hogeschool NTI.

Tijdens de afstudeerperiode heb ik veel gehad aan mijn collega's werkend bij Hersenz en directe collega's binnen InteraktContour. Ik wil iedereen bedanken voor de tijd, ruimte en ondersteuning ten behoeve van mijn onderzoeksrapport.

Daarnaast wil ik van de gelegenheid gebruik maken om mijn afstudeerbegeleidster, Monique van Wonderen, te bedanken. Zonder haar feedback en kritische noot had ik nooit zover kunnen komen. Ook gaat mijn dank uit naar zowel Merel van Zoelen als Wouter de Boer, de auteurs van het fantastisch inspirerende boek: hoofdstuk opgelost. Bedankt voor het meedenken en jullie kennis over mijn afstudeeronderwerp.

Ik kan na deze afstudeerfase zeggen dat ik veel heb geleerd op het gebied van onderzoek en de methodiek oplossingsgericht werken. Ook heeft het mij de gelegenheid gegeven om (nog) meer te leren over de doelgroep waar ik mee werk, mensen met niet aangeboren hersenletsel.

Hengelo, december 2019

Sanne Naafs

## Samenvatting

**Onderwerp:** InteraktContour is een organisatie voor mensen die problemen ervaren als gevolg van hersenletsel, na bijvoorbeeld een beroerte, ongeluk of een hersentumor. Kenmerkend voor de doelgroep binnen InteraktContour zijn de problemen die de cliënten ervaren met de onzichtbare gevolgen van het letsel (zoals vermoeidheidsklachten). In de strategie voor de komende jaren wil InteraktContour toe naar betekenisvol zeggenschap voor de cliënt.

Om handen en voeten te geven aan deze strategie is er gezocht naar methodieken die aansluiten bij de uitgangspunten van de organisatie en wat passend is bij de doelgroep. Er is gekozen voor oplossingsgericht werken. Daarbij is het van belang is dat de cliënt zelf zijn doel bepaalt en dat de professional dat zelf bepaalde doel als leidraad voor de behandeling gebruikt. Om deze reden is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: *“Hoe kan de methodiek oplossingsgericht werken, door medewerkers van de afdeling behandeling binnen InteraktContour, zo effectief mogelijk worden ingezet bij cliënten met niet aangeboren hersenletsel ter bevordering van de empowerment van de cliënt”.*

Uit de literatuur komt naar voren dat deze methodiek passend is bij doelgroepen die het idee hebben dat ze de eigen regie kwijt zijn. Bij cliënten met hersenletsel is dit vaak het geval. Een oplossingsgerichte hulpverlener laat zijn eigen ideeën over wat een goede oplossing kan zijn voor zijn cliënten los. Hij of zij gaat in gesprek met de cliënt om te achterhalen welke hulpbronnen en oplossingen de cliënt zelf kan bedenken en inzetten. Op dit moment wordt er nog veel aandacht besteedt aan de levensloop, het probleemgedrag en klachten van de cliënt door behandelaars. Oplossingsgerichte therapie houdt zich daar niet, of veel minder mee bezig. Daardoor ontstaat de vraag binnen InteraktContour wat er verandert in de huidige werkwijze en wat de consequenties daar van zijn.

Het doel van dit onderzoek was om meer te weten te komen over welke handvatten behandelaars van InteraktContour nodig hebben om de methode oplossingsgericht werken effectief in te kunnen zetten bij mensen met niet aangeboren hersenletsel. Met de bevindingen van dit onderzoek kan er gekeken worden wat er nodig is voor medewerkers om aan de slag te gaan met deze methodiek en hoe zij hierin ondersteund willen worden. Ook is er onderzocht wat er van belang is bij het implementeren van een nieuwe methodiek door middel van literatuuronderzoek. Uit de literatuur is naar voren gekomen dat een heldere communicatie evenals informatieverstrekking en het inbouwen van een nieuwe methodiek in de bestaande procedure van groot belang zijn bij een implementatieproces. In het contact tussen behandelaar en cliënt is communicatie ook een speerpunt, omdat een goede communicatie het herstel van de cliënt kan optimaliseren. De samenwerkingsrelatie is van groot belang en door oplossingsgericht werken in te zetten, nodigt de behandelaar de cliënt uit om weer controle over zijn leven te krijgen. Dit onderzoek wil een bijdrage leveren aan het vergroten van de empowerment van cliënten met NAH door middel van het toepassen van de oplossingsgerichte methodiek.

**Methodie:** Om antwoord te krijgen op de deelvragen is er een enquête afgenomen onder medewerkers van InteraktContour, interviews gehouden met professionals in het werkveld en literatuuronderzoek gedaan. Het literatuuronderzoek richtte zich op de voorwaarden voor een implementatieproces en effectieve interventies uit de oplossingsgerichte methodiek.

Voor het onderzoek onder medewerkers zijn alle medewerkers werkzaam op de afdeling behandeling (zevenenzestig) benaderd. Vierendertig medewerkers hebben de online internet enquête uiteindelijk ingevuld. Zij hebben vragen beantwoord die erop gericht waren om uit te zoeken waar ze ondersteuning bij zouden willen krijgen als er een nieuwe methodiek wordt geïmplementeerd.

Daarnaast zijn er zes interviews afgenomen onder professionals, werkzaam in het werkveld mensen met niet aangeboren hersenletsel. Er waren acht personen benaderd. Drie personen zijn werkzaam bij een organisatie die oplossingsgericht werkt. De andere drie personen zijn therapeuten betrokken bij de implementatie van de methodiek in een organisatie. Er is gebruik gemaakt van zowel kwantitatieve, als een kwalitatieve data-analyse.

**Resultaten:** Bij de respondenten uit de internet enquête kwam naar voren dat 12 medewerkers (van de 34 ondervraagden) zich betrokken voelt bij het implementeren van een nieuwe methodiek. Zij dragen suggesties aan, die kunnen bijdragen bij het implementeren van de oplossingsgerichte methodiek. Hierbij kan gedacht worden aan een training, opdoen van theorie en het sparren met collega's. De professionals uit het werkveld ondersteunen deze opties. Als toevoeging daarop geven zij aan dat sleutelpersonen in de organisatie hier een rol in kunnen spelen. Het is volgens de respondenten van belang om aan te sluiten bij dat wat er is.

Daardoor krijgen medewerkers ook niet het gevoel dat ze iets totaal nieuws moeten leren. Medewerkers benoemen dat als struikelblok. Uit eigen ervaring onderschrijven alle zes professionals de voordelen van oplossingsgericht werken bij mensen met niet aangeboren hersenletsel. Het sluit vooral aan, omdat de methodiek er voor zorgt dat cliënten in hun eigen kracht worden gezet en eigen regie voeren over de behandeling.

**Conclusies:** Het literatuuronderzoek laat zien dat een combinatie van factoren en strategieën moet worden ingezet om de oplossingsgerichte methodiek te implementeren. Oplossingsgericht werken vraagt niet alleen om speciale gesprekstechnieken, het is een andere manier van denken over het omgaan met de cliënt. De maatschappelijk werker heeft vertrouwen in het eigen probleemoplossend vermogen van de cliënt. Hierdoor komt de cliënt meer in zijn kracht te staan, wordt het gevoel van empowerment vergroot en is de kans op het slagen van de behandeling groter. Om dit te bereiken zijn er verschillende interventies die kunnen worden ingezet.

Dit lijkt bevestigd te worden door het praktijkonderzoek. Volgens de professionals start de implementatie echter aan de voorkant, bij de visie van de organisatie. Van daaruit wordt het vertaald naar de denk- en handelwijze van de medewerker.

Zowel uit het literatuuronderzoek als het praktijkonderzoek komt naar voren wat het belang is van communicatie met de cliënt. De professionals omschrijven dit als positief, empathisch en niet-wetend. Het literatuuronderzoek geeft suggesties (interventies) die daarbij in kunnen worden gezet. Deze interventies richten zich verder op de bewezen factoren die bijdragen aan het slagen van de behandeling, te noemen: cliënt factoren en extra therapeutische variabelen, de therapeutische relatie, cliëntverwachtingen en hoop en geloofwaardigheid en model specifieke interventies.

Eén van de belangrijkste aanbevelingen vormt het (her)schrijven van de visie, met uitgangspunten die gericht zijn op o.a. oplossingsgericht werken. Om deze visie tot stand te brengen is samenwerking en contact met medewerkers van belang. Medewerkers krijgen zo de kans om mee te denken over welke combinatie van strategieën in welke fase van het traject voor de specifieke doelgroep het meest passend is.

Een andere aanbeveling ligt in het aanstellen van sleutelfiguren. Het kan helpend werken als er tijdens een implementatietraject gebruik wordt gemaakt van mensen die veranderingen snel accepteren en goed geïntegreerd zijn in de sociale omgeving. Een faciliterende rol is hier passend en dit zou gedaan kunnen worden door het aanstellen van sleutelfiguren en het organiseren van klankbordgroepen.

## Inhoudsopgave

1. Inleiding .....	7
1.1 De opdrachtgever.....	7
1.2 Aanleiding van het onderzoek .....	9
1.3 Doel van het onderzoek .....	11
1.4 Probleemstelling en deelvragen .....	11
1.4.1. Deelvragen .....	11
2. Literatuurstudie .....	12
2.1 Randvoorwaarden voor het toepassen van de methodiek voor de professional .....	13
2.2 Randvoorwaarden voor het toepassen van de methodiek bij de cliënt .....	14
2.3 Randvoorwaarden voor het toepassen van de methodiek binnen een organisatie .....	15
2.4 Samenvatting .....	15
2.5 Inleiding oplossingsgericht werken .....	16
2.6 Cliënt factoren en extra therapeutische variabelen .....	17
2.7 De therapeutische relatie .....	18
2.8 Cliëntverwachtingen en hoop en geloofwaardigheid.....	19
2.9 Model specifieke interventies.....	20
2.10 Samenvatting .....	21
3. Onderzoeksmethoden .....	22
3.1 Methoden van onderzoek:.....	22
3.2 Meetinstrumenten en kwaliteit .....	23
3.3 Populatie en het proces van dataverzameling.....	24
3.4 Analyse van de data.....	26
4. Resultaten .....	27
4.1 Resultaten deelvraag 3:.....	27
4.2 Resultaten deelvraag 4:.....	30
4.3 Resultaten deelvraag 5:.....	32
5. Conclusies .....	34
6. Aanbevelingen.....	37
7. Discussie .....	39
8. Literatuurlijst .....	41
9. Bijlagen.....	45
Bijlage 1: Interviewschema.....	45
Bijlage 2: Enquête .....	48
Bijlage 3: Flow-Chart .....	52
Bijlage 4: Ruwe data resultaten.....	54
Bijlage 5: Plan van Aanpak .....	56

# 1. Inleiding

## 1.1 De opdrachtgever

InteraktContour (afgekort ICG) is een organisatie voor mensen die problemen ervaren als gevolg van hersenletsel, na bijvoorbeeld een beroerte, ongeluk of een hersentumor. Hersenletsel verandert het leven van de cliënt en dat van hun directe omgeving. Kenmerkend voor de doelgroep binnen InteraktContour zijn de problemen die de cliënten ervaren met de onzichtbare gevolgen van het letsel. Denk daarbij aan: vermoeidheidsklachten, verminderde initiatiefafname, planningsproblemen, emotieregulatie, concentratieklachten, prikkelgevoeligheid, vergeetachtigheid en ongeremdheid.

InteraktContour biedt behandeling, begeleiding, dagbesteding en 24-uurs zorg in Oost- en Midden-Nederland (InteraktContour, 2018). Jaarlijks worden er 457 mensen behandeld. Er wonen 687 mensen en er gaan 1317 mensen naar de dagbesteding bij InteraktContour.

Hieraan wordt meegewerkt door de in totaal 1263 medewerkers (Van Kampen, 2018). In de strategie voor de komende jaren wil InteraktContour toe naar betekenisvol zeggenschap voor de cliënt. Het team en cliënten beslissen gezamenlijk over zaken die het verschil maken in het leven van cliënten (InteraktContour, 2018).

InteraktContour kiest als ontwikkelingsstrategie het model en de methodieken van de lerende organisatie, gebaseerd op vijf leerdisciplines in onderlinge samenhang (Van Kampen, 2009). Een lerende organisatie wordt gekenmerkt door het vermogen zich aan te passen aan de omgeving. De organisatie is flexibel en dynamisch.

Dit sluit aan op de methodiek oplossingsgericht werken waarbij het uitgangspunt altijd de gewenste situatie is (Van Zoelen & De Boer, 2018). De nadruk bij de lerende organisatie en oplossingsgericht werken ligt op de gewenste output van de organisatie en het daaraan gekoppelde veranderproces (Hermsen, 2005). Hieronder de uitgangspunten van InteraktContour (Van Kampen, 2009):

- Een gemeenschappelijke visie op zorg en zorgprocessen, samenwerken, leiderschap, organiseren en ontwikkelen
- De inzichten en overtuigingen van managers en medewerkers zijn adequaat op elkaar afgestemd
- Managers en medewerkers ontwikkelen in hun teams (teamleren) bij voortdurende hun gespreks- en besluitvormingsvaardigheden en hun collectieve denkvermogen, zodat het resultaat van het teamwork meer is dan de som van individuele teamleden
- Managers en medewerkers werken continu aan hun persoonlijke (vak)ontwikkeling
- Het ontwikkelen van en werken met doeltreffende systemen, die ondersteunend zijn aan een op effectiviteit gerichte (beroeps)houding

De organisatie heeft gekozen voor een positie als gespecialiseerde zorgaanbieder. De focus ligt op de zorg voor mensen die kampen met de complexe gevolgen van hersenletsel in de chronische fase. Daarbij sluiten ze aan op de zorg die ziekenhuizen en revalidatiecentra bieden (Van Kampen, 2018). Het uitgangspunt van InteraktContour is de dialoog tussen cliënt en professional, waarbij ze samen zoeken naar datgene wat nodig is om zo zelfredzaam als mogelijk te leven. Er is aandacht voor de cliënt, maar ook voor de naasten om de cliënt heen. Dit laat zich vertalen in haalbare stappen en doelen die de cliënt probeert te bereiken. Dat uit zich in het gericht en methodisch werken aan doelen en het meten van de voortgang ervan (Van Kampen, 2017).

Eén van de belangrijke uitdagingen voor de cliënten is de overgang van het leven voor en na het hersenletsel. Het accepteren dat het leven niet meer hetzelfde is als daarvoor en het geven van invulling aan het leven na het hersenletsel.

Daarnaast hebben cliënten te maken met de symptomen van het hersenletsel waarmee ze moeten leren omgaan. Denk daarbij bijvoorbeeld aan fysieke beperkingen of veranderd gedrag.

Kijkend naar de cliënten die bij behandeling komen, heeft het merendeel van de cliënten doelen op het gebied van psychische gezondheid (55,5%).

De doelen die hierbij het meest voorkomen zijn (Van Kampen, 2017):

- *'cliënt past adequaat compensatiestrategieën toe ter verbetering van de communicatieve zelfredzaamheid in het dagelijks leven'*
- *'cliënt behoudt en/of verbetert het fysieke activiteitsniveau en/of de mobiliteit in het dagelijks leven'*

Dit onderzoek wordt uitgevoerd binnen de afdeling behandeling van InteraktContour. Waar begeleiding (van InteraktContour) valt onder de gemeente, valt behandeling onder de AWBZ. En binnenkort onder de zorgverzekeringswet (Interaktcontour, 2019). Behandeling staat in het teken van (onderzoek naar mogelijkheden van) herstel of verbetering van de chronische aandoening of beperking. Of om (onderzoek naar mogelijkheden van) het verbeteren van vaardigheden of gedrag. Behandeling sluit aan op de curatieve fase en vind, indien mogelijk, plaats op een locatie van InteraktContour in oost en midden Nederland. Dit betekent dat iemand pas bij InteraktContour komt als hij of zij is ontslagen uit het ziekenhuis (acute fase) of het revalidatiecentrum (herstelfase). Als de cliënt namelijk thuis komt, worden de gevolgen van het hersenletsel op het dagelijks leven vaak pas echt zichtbaar. De cliënt moet leren omgaan met de beperkingen die voortkomen uit het letsel. De behandelingen van InteraktContour richten zich op deze chronische fase (Hersenz, 2018). Binnen de afdeling behandeling zijn 67 mensen werkzaam in de volgende disciplines: afasietherapeuten, groepsbegeleiders, maatschappelijk werkers, psychologen, psychomotorisch therapeuten en fysiotherapeuten.

Behandeling bij InteraktContour maakt deel uit van Hersenz. Dit is een landelijk samenwerkingsverband tussen InteraktContour en elf andere zorgorganisaties. Zij doen onder andere gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek. De behandeling van Hersenz is intensief en erop gericht om zoveel mogelijk vooruitgang te boeken na de revalidatie (Hersenz, 2018). De overkoepelende visie waar vanuit gewerkt wordt is competentiegericht begeleiden. Methodieken die hierbij aansluiten worden ingezet om cliënten te ondersteunen. Denk hierbij aan:

- de krachtgerichte benadering
- presentatiebenadering
- Acceptance and Commitment Therapy. Vorm van gedragstherapie gericht op het zinloze gevecht met gedachten en gevoelens (Jansen & Batink, 2014)
- Yucel methode. Bij de Yucel methode bouwt de cliënt d.m.v. blokken een kleurrijke, visuele weergave van zijn levenssituatie (Movisie, 2016).

De duur van de behandeling verschilt van enkele maanden tot twee jaar. In de individuele gesprekken is er ook ruimte voor de partner en eventuele kinderen. Voor hen is er de mogelijkheid om deel te nemen aan groepen voor betrokkenen van mensen met hersenletsel of het voeren van gesprekken met een maatschappelijk werker (InteraktContour, 2018b). Er zijn een aantal voorwaarden gesteld waar een cliënt aan moet voldoen, wanneer hij in aanmerking wil komen voor behandeling bij InteraktContour. Dat zijn de volgende voorwaarden: er is sprake van aantoonbaar hersenletsel, de cliënt is medisch specialistisch uitbehandeld, woont thuis, er wordt een probleem ervaren door de cliënt en/of zijn omgeving, hij of zij is leerbaar en eventueel is er sprake van afasie en/of apraxie van de spraak. Om mee te gaan met de ontwikkelingen en hier vorm aan te geven, is InteraktContour met een nieuwe visie en missie gekomen. Daarbij is het uitgangspunt eigen regie in het leven van de cliënt. De professional adviseert en helpt, zodat de cliënt het beste uit zichzelf kan halen. Dit kan niet zonder analyse. Hiervoor is het noodzakelijk dat er vragen worden gesteld en dat er wordt getoetst of de cliënt zich begrepen voelt. De dialoog tussen de cliënt en de professional vormt daarom het fundament van de zorgverlening (InteraktContour, 2018a).

## 1.2 Aanleiding van het onderzoek

De afgelopen jaren zijn belangrijk geweest voor de zorg van bijzondere aandachtsgroepen. Door de ontwikkelingen in de maatschappij en gezondheidszorg neemt de levensverwachting van de mens toe, maar daarmee ook de kosten. Er heeft een omvangrijke stelselwijziging plaatsgevonden. Dit wordt ook wel de decentralisatie van zorg, werk en jeugdhulp genoemd (Waalder, 2016).

De maatschappelijke deelname van bijzondere aandachtsgroepen vormt een belangrijk onderdeel van deze stelselwijziging. Om hier invulling aan te geven is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning ingevoerd. De voorwaarden voor participatie en preventie van sociale uitsluiting zijn hierin opgenomen (Kwekkeboom & Steyaert, 2008). De WMO dwingt de zorgsector tot een heroriëntatie op het werk en de invulling hiervan. Het doel van de WMO is namelijk een zo groot en volledig mogelijke deelname aan de samenleving. Van de burger wordt een actieve houding verwacht (TransitieBureau, 2012).

Empowerment is hierbij het kernbegrip. Empowerment staat voor het proces waardoor mensen meer invloed verwerven over beslissingen en acties die van invloed zijn op de gezondheid (Peters, Jacobs & Molleman, 2007). Het is van belang dat de cliënt zelf zijn doel bepaalt en dat de professional dat als leidraad voor de behandeling gebruikt. Oplossingsgericht werken is een uitwerking van de empowerment visie. Het nodigt cliënten uit om weer de controle over hun leven te krijgen door zelf doelen te formuleren (De Vries & Prüst, 2017; Shazer, Dolan, Korman, Trepper, McCollum, & Berg, 2008). Green, Lee en Hoffpauir (2005) zeggen hierover dat een op empowerment gebaseerde werkwijze de problemen van mensen ziet als resultaat van het niet, te weinig of verkeerd gebruik maken van persoonlijke en omgevingshulpbronnen. Empowerment is van belang voor mensen met niet aangeboren hersenletsel (afgekort: NAH). Want mensen met NAH die een grote mate van autonomie ervaren, ervaren ook een goede kwaliteit van leven. Nu is er vaak sprake van een grote afhankelijkheid van anderen, wat kan leiden tot een verlies van controle over het eigen leven (Van Zoelen & De Boer, 2018). Al is er maar sprake van een kleine mate van ervaren onafhankelijkheid dan is dat voor de cliënt (met NAH) van groot belang.

Binnen InteraktContour is er gezocht naar verschillende methodieken die aansluiten op de doelen, verwachtingen en voorwaarden uit het nieuwe beleid. Het nieuwe beleid schrijft voor dat er altijd een dialoog moet zijn tussen de cliënt en de maatschappelijk werker en dat ze samen op zoek gaan naar datgene wat nodig is om zo zelfstandig als mogelijk te leven. Daarnaast moet de professional respectvol handelen en uitgaan van de eigen krachten van de cliënt en zijn systeem. Centraal in de behandeling staat bekrachtiging. Het uitgangspunt is: maatschappelijk werkers 'zorgen dat' in plaats van 'zorgen voor'. Het draait om gelijkwaardigheid (Van Kampen, 2017). Deze uitgangspunten sluiten aan bij de oplossingsgerichte methodiek, waarbij het van belang is dat de cliënt zelf zijn doel bepaalt en werkt aan zijn eigen empowerment (Green et al., 2005). Van Zoelen en de Boer (2018) onderschrijven dit en zeggen dat de oplossingsgerichte methodiek aansluit bij doelgroepen die het idee hebben dat ze de eigen regie kwijt zijn. Oplossingsgericht werken streeft naar gelijkwaardigheid en eigen regie. Op basis van zelfevaluaties binnen het team behandeling is er gesproken over welke methodiek aansluit bij het beleid en is er voor gekozen om oplossingsgericht te werken.

Op de werkvloer wordt er vaak al gedacht dat de hulpverlener oplossingsgericht werkt. De maatschappelijk werker is van mening dat oplossingsgericht werken betekent dat je een oplossing zoekt voor het probleem van de cliënt. Maar dat is niet wat oplossingsgericht werken probeert uit te dragen. Een oplossingsgerichte hulpverlener laat zijn eigen ideeën over wat een goede oplossing kan zijn voor zijn cliënten los. Hij of zij gaat met de cliënt in gesprek om te achterhalen welke hulpbronnen en oplossingen de cliënt zelf kan bedenken en inzetten (Van Zoelen & De Boer, 2018). De maatschappelijk werkers bij InteraktContour besteden veel aandacht aan de levensloop, het probleemgedrag en de klachten van de cliënt. Oplossingsgerichte therapie houdt zich echter niet bezig met het probleemgedrag of klachten in het verleden of heden. Zij richt zich op gewenst gedrag in de toekomst en hoe dit gedrag te bereiken is (Bannink, 2005).

Daardoor ontstaat de vraag bij de medewerkers van ICG of er wat verandert in de huidige werkwijze. Zij willen weten of dit consequenties heeft voor het intake gesprek en de bestaande vragenlijsten die nu worden afgenomen. Die richten zich namelijk op de levensloop en klachten van de cliënt. Het lijkt erop dat dit niet aansluit op de nieuwe methodiek en ze zijn nieuwsgierig hoe dit ondervangen gaat worden en hoe andere organisaties dit hebben aangepakt. Ook geven zij aan geen (of te weinig) weet te hebben van de in te zetten effectieve interventies van oplossingsgericht werken.

Zij vragen zich af of de methodiek gevolgen met zich meebrengt voor de samenwerkingsrelatie met de cliënt. Ze missen informatie over de voordelen van de oplossingsgerichte werkwijze en waarom er door InteraktContour gekozen is voor deze methodiek.

Er is behoefte om informatie uit te wisselen en te ontvangen van andere organisaties die werken met deze werkwijze bij mensen met hersenletsel. Dit geeft de medewerkers van ICG mogelijk inzichten in de voordelen, maar vooral ook valkuilen van oplossingsgericht werken (afgekort als OW). Ook hopen ze praktische tips te krijgen over het inzetten van de interventies. De organisatie is zoekende naar de manier van implementeren van OW. Zij hebben een start gemaakt door alle medewerkers een oplossingsgericht boek op te sturen. Men heeft daarna geconstateerd dat het merendeel van de medewerkers het boek niet gelezen heeft. De vraag is ontstaan hoe ICG dit wel kan implementeren. Ook wil de organisatie weten waar de behoeften van medewerkers liggen m.b.t. ondersteuning. Daarbij vinden ze het belangrijk dat medewerkers gehoord worden en zich gehoord voelen, door hen de mogelijkheid te bieden input te geven aan de manier van ondersteunen. Ook willen zij meer inzicht krijgen in de werkwijze van andere organisaties, die aangesloten zijn bij Hersenz en al werken met deze methodiek.

In alle facetten van de hulpverlening moet er een kanteling plaatsvinden, een andere manier van denken en benaderen van de cliënt. Denk daarbij aan bijvoorbeeld de intake, de doelformulering, de hulpverleningsrelatie en de metingen (Bannink, 2006). Vindt deze kanteling onder medewerkers bij InteraktContour niet plaats, dan heeft het oplossingsgericht werken geen kans van slagen. Eén van de contra indicaties is namelijk als volgt beschreven door Bannink (2006): “Als de therapeut zijn houding als deskundige die de diagnose stelt en adviezen geeft, niet wenst te wijzigen in een meer volgende houding, is oplossingsgericht werken niet goed mogelijk”. Als oplossingsgericht werken niet duidelijk genoeg wordt uitgelegd en geïmplementeerd en de medewerker zijn benadering niet wil aanpassen, heeft deze methodiek binnen InteraktContour geen kans van slagen.

Dit zou een gemiste kans zijn volgens Van Zoelen en De Boer (2018). Zij omschrijven in hun boek waarom oplossingsgericht werken en hersenletsel zo goed samen gaan. In de eerste plaats, omdat oplossingsgericht werken de cliënt een gevoel van eigen regie teruggeeft. Door hersenletsel ontstaat een ongelijk profiel van vaardigheden. Er zijn vaardigheden verloren gegaan of beperkt. Binnen de oplossingsgerichte therapie wordt er gekeken naar wat nog wel gaat. Daarnaast heeft deze doelgroep vaak blijvende stoornissen. De oplossingsgerichte begeleider gaat op zoek naar welke problemen dit met zich mee brengt en hoe daarmee om te gaan. Cliënten met hersenletsel leggen de lat vaak hoog en hebben de neiging te snel te willen gaan, waardoor ze eerder kans hebben op faalervaringen. Oplossingsgericht werken zorgt voor kleine en haalbare stappen (Van Zoelen & De Boer, 2018). Verbeek (2009) omschrijft nog een voordeel ten opzichte van andere therapieën (bij mensen met NAH), namelijk: “doordat oplossingsgerichte therapie doelgericht werkt kan een beperkt ziekte-inzicht omzeild worden”. Het hebben van een beperkt ziekte-inzicht komt namelijk voor bij een deel van de cliënten met NAH. Deze cliënten vinden zelf dat ze weinig tot geen klachten hebben, terwijl hun omgeving dat wel ervaart. Op dit moment is het in de huidige situatie zo dat cliënten enig ziekte-inzicht moeten hebben om in behandeling te worden genomen bij InteraktContour.

Terugkomend op de kanteling, beschreven door Bannink (2006) en Klaver en Bannink (2010), zitten er op dit moment verschillen in de huidige werkwijze en de gewenste situatie: het oplossingsgericht werken. Deze verschillen zijn:

- De focus ligt op het probleem i.p.v. de gewenste situatie
- De behandelaar is expert i.p.v. de cliënt is expert
- Het hebben van ziekte-inzicht is noodzakelijk i.p.v. ziekte-inzicht is niet noodzakelijk
- De rol van de samenwerkingsrelatie

Het is wenselijk dat medewerkers handvatten wordt geboden om de methode oplossingsgericht werken, zo optimaal en adequaat mogelijk in te kunnen zetten bij het begeleiden van NAH cliënten naar empowerment en eigen regie.

## 1.3 Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is om te weten te komen welke handvatten behandelaars van InteraktContour nodig hebben om de methode oplossingsgericht werken effectief in te kunnen zetten. Om met deze methodiek cliënten met NAH te ondersteunen met het oog op meer empowerment. Met de bevindingen van het onderzoek kan er gekeken worden wat er nodig is voor medewerkers om aan de slag te gaan met deze methodiek. En hoe zij hierin het beste ondersteund kunnen worden. Daarnaast wordt er onderzocht wat van belang is bij het implementeren van een nieuwe methodiek, in dit geval de oplossingsgerichte methodiek, door middel van literatuuronderzoek en interviews met professionals van andere organisaties. Mogelijk geven de resultaten de organisatie een aanleiding tot het aanpassen en/of verkrijgen van nieuwe inzichten in de wenselijke werkwijze bij het werken met mensen met niet aangeboren hersenletsel.

## 1.4 Probleemstelling en deelvragen

Deze scriptie wil een bijdrage leveren aan het vergroten van de empowerment van cliënten met NAH door middel van het toepassen van de oplossingsgerichte methodiek. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

*“Hoe kan de methodiek oplossingsgericht werken, door medewerkers van de afdeling behandeling binnen InteraktContour, zo effectief mogelijk worden ingezet bij cliënten met niet aangeboren hersenletsel ter bevordering van de empowerment van de cliënt”*

En daarbij passen de volgende deelvragen:

### 1.4.1. Deelvragen

#### **Deelvraag 1:**

Welke randvoorwaarden zijn van belang voor een succesvolle implementatie, van de methode oplossingsgericht werken, bij kwetsbare doelgroepen binnen de GGZ?

#### **Deelvraag 2:**

Welke effectieve interventies, binnen de methodiek oplossingsgericht werken, kunnen worden ingezet bij cliënten met niet aangeboren hersenletsel om empowerment te stimuleren?

#### **Deelvraag 3:**

Welke ondersteuning hebben medewerkers, van de afdeling behandeling, nodig om oplossingsgericht te werken bij mensen met niet aangeboren hersenletsel?

#### **Deelvraag 4:**

Welke suggesties hebben oplossingsgerichte therapeuten om de oplossingsgerichte methodiek, binnen de afdeling behandeling, te implementeren?

#### **Deelvraag 5:**

Hoe passen andere geestelijke gezondheidszorg instellingen oplossingsgericht werken toe bij hun cliënten?

## 2. Literatuurstudie

In dit hoofdstuk worden bronnen beschreven die relevant zijn voor het onderzoek en het beantwoorden van de deelvragen. Zowel deelvraag één als deelvraag twee zullen hier aan bod komen. Deelvraag één gaat in op de randvoorwaarden voor het succesvol implementeren van de oplossingsgerichte methode. Deelvraag twee staat stil bij effectieve interventies, binnen de oplossingsgerichte methodiek, voor mensen met niet aangeboren hersenletsel.

**Deelvraag één:** *Welke randvoorwaarden zijn van belang voor een succesvolle implementatie, van de methode oplossingsgericht werken, bij kwetsbare doelgroepen binnen de GGZ?*

Wensing et al. (2010) en Powell et al. (2015) geven in hun onderzoek aan dat implementeren een complex proces is, dat maar deels beïnvloed kan worden. Het is belangrijk om te realiseren dat, hoewel implementatie kan leiden tot meer kennis, de implementatie niet vanzelfsprekend is.

Op basis van 79 projecten van het ZonMW hebben de auteurs gekeken naar de factoren die samenhangen met een succesvolle implementatie. Daarbij formuleerden zij de volgende aandachtspunten. Er moet samenwerking en contact tijdens het implementatietraject zijn om verantwoordelijkheden en resultaten of instrumenten te borgen. Daarnaast blijkt een meervoudige implementatiestrategie effectiever te zijn dan een enkelvoudige en ze moeten tijdens het hele traject worden ingezet. Daarbij is het van belang dat de communicatie helder is evenals de informatieverstrekking en het inbouwen van de nieuwe methodiek in de bestaande procedure. Andere belangrijke elementen zijn het hebben van voldoende tijd, capaciteit en rust binnen een organisatie. Steun van het management is cruciaal. Er moet worden gewaakt voor de veronderstelling dat de implementatie van kennis bij de ene organisatie niet per se bij een andere organisatie toepasbaar hoeft te zijn. De context lijkt van belang als het gaat om implementatie (Wensing, Bal, & Friele, 2012).

Friele, Van der Niet en Heiligers (2010) en Van der Linden (2016) geven aan dat een combinatie van verschillende benaderingen werkzaam zou kunnen zijn in een implementatieproces. Dit vanwege de grote diversiteit in doelen en doelgroepen in de zorgsector. Verder zeggen zij dat het belangrijk is dat de implementatie aansluit op het niveau van kennis en vaardigheden van de doelgroep. De strategie die hierbij passend is, is gericht op het verstrekken van informatie en het verzorgen van educatie. De sociale context is belangrijk, omdat deze bepalend is voor de houding van de doelgroep ten opzichte van hetgeen dat geïmplementeerd moet worden. Daarbij is een faciliterende strategie passend, denk daarbij aan een workshop, het aanspreken van sleutelpersonen of het organiseren van klankbordgroepen. Ten slotte kan een implementatie op structuurniveau worden gedaan. Dit kan worden geïmplementeerd door gebruik te maken van educatieve en verander strategieën (Wensing et al., 2012). Friele et al. (2010) maken verder onderscheid in verschillende factoren waar invloed op kan worden uitgeoefend (daarbij baseren zij zich op resultaten uit eerder uitgevoerde onderzoeken). De eerste factoren zijn: contextfactoren en strategiekeuze.

Uit eerder onderzoek is gebleken, dat het belangrijk is om rekening te houden met de kenmerken van doelen en doelgroepen, de sociale context, de veranderbereidheid, de verschillende fasen in het implementatietraject en structurele en omgevingsfactoren (Friele et al, 2010; Van der Linden, 2016). Bij een implementatietraject moet daarom worden nagegaan welke combinatie van strategieën in welke fase en voor welke doelgroep het meest passend is. Friele et al. (2010) zeggen dat hoe duidelijker het doel geformuleerd is, des de meer motivatie er aanwezig is om dit doel te bereiken. Wordt dit niet gedaan dan is de kans op vrijblijvendheid groter. Tot slot is het van belang dat de doelen stabiel zijn en niet tijdens het traject veranderen, anders heeft dit gevolgen voor het hele implementatietraject. De betrokkenen moeten op tijd worden betrokken bij het implementatieproces en te communiceren over de producten of resultaten. Bij complexe implementatietrajecten wordt er stapsgewijs en in fasen met verschillende doelgroepen gewerkt. Het is belangrijk dat de doelgroep waar het om gaat het te implementeren resultaat of product accepteert. De mate van acceptatie bepaald of de implementatie effectief zal zijn.

De implementatie moet een verbetering opleveren voor de doelgroep en consistent met de waarden, ervaringen en behoeften zijn. Als de implementatie moeilijk te begrijpen of lastig te gebruiken is, is de kans op effectiviteit minder groot. Het kan helpend werken als er tijdens een implementatietraject

gebruik wordt gemaakt van mensen die veranderingen snel accepteren en goed geïntegreerd zijn in de sociale omgeving. Onderzoek heeft aangetoond dat de steun van managers en collega's van invloed is op het effect van het implementatieproces. Evenals het hebben van voldoende capaciteit en tijd bij de doelgroep die de verandering moet implementeren (Friele et al, 2010; Van der Linden 2016; Van Splunteren, 2016).

Dit onderzoek richt zich op de implementatie van een nieuwe methodiek binnen InteraktContour, een organisatie voor mensen met niet aangeboren hersenletsel. Hieronder zal daarom verder worden ingegaan op de randvoorwaarden voor het toepassen van oplossingsgericht werken binnen de GGZ.

## 2.1 Randvoorwaarden voor het toepassen van de methodiek voor de professional

Professionals ervaren problemen bij het loslaten en overnemen van de keuzes die een cliënt maakt. De organisatie moet om deze reden het bevorderen van autonomie bij de cliënt centraal stellen. Het is belangrijk dat er genoeg uren beschikbaar worden gesteld, waarbij er ruimte is voor één op één contact. Om de cliënt vanuit dit uitgangspunt te kunnen ondersteunen (ervaren van autonomie) moet de professional zich anders opstellen. De verzorgende rol moet worden vervangen door een rol die gericht is op ondersteuning (Abbott & McConkey, 2006). Ball et al (2000) hebben uitgezocht dat de doelgroep ook moeite heeft met het geven van betekenis aan hun leven. Dit komt omdat de cliënt met NAH een beperking ervaart in het eigen vermogen om zinvolle keuzes te maken. De ernst van de beperking heeft ook invloed op de manier waarop cliënten autonomie ervaren. Teater (2016) en Myszor (2005) omschrijven in hun onderzoeken hoe de maatschappelijk werker zich anders op kan stellen.

Volgens Teater (2016) en Myszor (2005) is het essentieel dat de professional de volgende stappen doorloopt tijdens het oplossingsgericht werken:

- De cliënt start met het beschrijven van het probleem, de maatschappelijk werker probeert de cliënt richting oplossingsgericht praten/denken te bewegen
- De cliënt beschrijft hoe zijn toekomst eruit ziet zodat de maatschappelijk werker haalbare doelen met de cliënt kan formuleren
- In samenwerking, zoeken de cliënt en maatschappelijk werker naar uitzonderingen op de huidige situatie
- De maatschappelijk werker voorziet de cliënt van feedback en legt verbindingen naar situaties in het dagelijks leven
- Er wordt geëvalueerd en stilgestaan bij het proces van de cliënt

Van de professional wordt verwacht dat hij of zij ingrijpt op het moment dat de zelfbeschikking de zelfontplooiing te niet doet. Een hulpverlener moet volgens Calis (2006) in staat zijn om hier een goede afweging in te maken. Daarbij ervaart de professional echter wel morele dilemma's, zoals: het willen vergroten van autonomie, maar ook het hebben van een sterk gevoel van verantwoordelijkheid en betrokkenheid. Dit resulteert vaak in het loslaten van de cliënt of het beheersen van de cliënt. Het is van belang dat er een balans wordt gevonden tussen het loslaten en willen overnemen van keuzes die worden gemaakt door cliënten. Als de professional dit lukt, kan het leiden tot het maximaliseren van de autonomie van de cliënt (Schuurman, 2003). Volgens Myszor (2005) 'moet' de professional, die oplossingsgericht wil werken, dit in eerste instantie doen door strikt de uitgangspunten van oplossingsgericht werken te volgen. Pas later kan de maatschappelijk werker de technieken toepassen in een eigen gecreëerde stijl. Het moet niet aanvoelen als een mechanisch proces, maar als een vloeiend gesprek waarin eigen persoonlijkheid en eigenaardigheden een plek krijgen.

De methodiek vraagt verder om een andere manier van kijken van de behandelaar. Van Gemert (2016) heeft om deze reden onderzocht wat zorgprofessionals tegenkomen bij de implementatie van oplossingsgericht werken. Oplossingsgericht werken vraagt om kennis, vaardigheden en een omslag in denken en handelen van de behandelaar (Van de Glind, Heinen & Van Achterberg, 2013). Ook vraagt het om een niet-wetende houding en ondersteunende rol van de behandelaar, waarbij er moet worden geleerd te vertrouwen op het vermogen van cliënten. Het grote verschil met probleemgericht werken zit hem in het feit dat de nadruk ligt op oplossingen i.p.v. problemen (Bannink, 2013). De rol van de professional is om nieuwsgierig te zijn en blijven en niet in te vullen voor de cliënt. Hierdoor kan er een beeld worden gevormd van hoe de cliënt er tegenaan kijkt en de problemen ervaart i.p.v. werken vanuit het kader van de behandelaar.

Door nieuwsgierig te zijn en een niet-wetende houding aan te nemen voelt de cliënt zich uitgenodigd tot praten. Pas als de behandelaar het gevoel heeft zich de methodiek helemaal eigen te hebben gemaakt kan hij hem ook effectief inzetten (Van Gemert, 2016).

Dit kan volgens Bannink, in een interview afgenomen door van Gemert (2016), alleen maar door veel 'vliegreun' te maken. Een driedaagse training is niet afdoende om de methodiek volledig onder de knie te krijgen. Er zit daarnaast ook een groot verschil tussen een gesprek helemaal oplossingsgericht te voeren of af en toe een oplossingsgerichte vraag te stellen. Ze geeft aan dat oplossingsgericht werken in principe simpel is, maar niet eenvoudig toe te passen. Het is vooral lastig om de focus te houden op dat wat wel werkt. Stolk en Van Brandenburg (2011) concluderen daarnaast dat het veel tijd en een groot denkvermogen van de behandelaar vraagt om de oplossingsgerichte methodiek eigen te maken. Daarnaast zien zij dat professionals geneigd zijn om terug te vallen in oude gewoonten en manieren van werken. Het implementeren van oplossingsgericht werken vraagt dus om een visieomslag van de behandelaar, omdat ze moeten leren om te vertrouwen op de vermogens van de cliënt. De methodiek is op zichzelf niet moeilijk om aan te leren, maar minder makkelijk om toe te passen. De focus moet blijven liggen op dat wat wel werkt i.p.v. op dat wat niet werkt. De behandelaar moet alert blijven en zich niet uit laten lokken om door te praten over de dingen die niet werken met de cliënt (Van Gemert, 2016).

## 2.2 Randvoorwaarden voor het toepassen van de methodiek bij de cliënt

Wat het implementeren van oplossingsgericht werken lastig maakt, is dat cliënten gewend zijn dat de behandelaar probleemgericht werkt. Hierdoor verwachten ze als het ware al dat de behandelaar met adviezen komt over hoe ze iets aan moeten pakken. Het is echter effectiever als de cliënt zelf met een oplossing/advies komt. Het doel van oplossingsgericht werken is om de cliënt zelf aan het werk te zetten om een eigen oplossing te zoeken. Dit betekent niet dat een behandelaar nooit advies mag geven, maar er moet eerst navraag gedaan worden over wat de cliënt zelf al gedaan heeft. Hiervoor kan de schaalvraag worden ingezet. Van belang voor het succesvol zijn van de behandeling zijn de volgende factoren: een goede werkkrelatie, het aansluiten bij de wensen van de cliënt, de doelen en mogelijkheden van een cliënt, het herstellen van relaties en het centraal stellen van probleemhantering (Van Gemert, 2016). In het interview met Bannink, afgenomen door Van Gemert (2016), blijkt dat de samenwerkingsrelatie het meest helpend is voor de effectiviteit van de behandeling. Het vertrouwen van de behandelaar in de methodiek volgt hierop en tot slot de methodiek zelf. Ook Wampold en Bhati, in het artikel van Bannink (2013), tonen aan dat de relatie tussen de behandelaar en de professional zeven keer zo belangrijk is dan de behandeling zelf. Het is dus mede van belang dat de behandelaar achter de methodiek staat en Van Gemert (2016) concludeert dat 1 tot maximaal 3 trainingen daarvoor niet voldoende zijn, hiernaast is het nodig dat de behandelaar ervaring op kan doen met de methodiek.

Bannink (2007) geeft aan dat cliënten steeds vaker en meer inspraak willen hebben in hun behandeling. Om deze reden wordt cliëntparticipatie als voorwaarde gezien voor het slagen van een therapie, zo ook bij InteraktContour. Daarbij past een bescheiden houding van de behandelaar, die de cliënt probeert te sturen richting het voor hem of haar belangrijke doel. Om dit te bereiken kan er gebruik worden gemaakt van de acht technieken die door Cauffman (2003) zijn beschreven. Het gaat niet om het protocollair toepassen van de interventies, maar om een circulair proces waarbij de behandelaar en cliënt als partners in een dans bewegen. De behandelaar leidt het veranderingsproces door achter de cliënt te staan. De cliënt geeft richting en de behandelaar kijkt welke stappen daartoe zouden kunnen leiden. De cliënt en behandelaar werken aan de doelen door middel van positieve feedback en het opdoen van succeservaringen, passend bij het uitgangspunt van de oplossingsgerichte methodiek.

Tomori en Bavelas (2007) hebben in hun onderzoek geconcludeerd dat er bij de oplossingsgerichte therapie vaker positief gefocust wordt dan bij probleemgerichte therapieën. De communicatie van de behandelaar stond centraal bij het onderzoek van Tomori en Bavelas (2007), omdat dit een verschil kan maken tijdens een behandeling. De onderzochte cliënten gaven zelf ook aan dat een positieve focus één van de belangrijkste voorwaarden was om een verandering te bewerkstelligen. Het onderzoek van Quick en Gizzo (2007), uitgevoerd in een psychiatrische kliniek, ondersteunt deze uitkomsten. Zij geven daarnaast aan dat het vermijden van praten over problemen een voorwaarde was voor verandering, omdat dit minder constructief zou zijn. De hoofdtaak van een professional is om de cliënt zijn intrinsieke mogelijkheden te laten ontdekken en in een positieve richting te leiden (Cepeda & Davenport, 2006). Hierbij is de reactie van de cliënt belangrijk, want die zegt iets over of hij bezig is met mogelijkheden en oplossingen i.p.v. met problemen. De cliënt die samen met de behandelaar zoekt naar zijn krachten krijgt makkelijker een constructieve samenwerkingsrelatie. Een belangrijk onderdeel van de behandeling, omdat dit zou zorgen voor vertrouwen en respect voor de professional (Cepeda & Davenport, 2006).

### 2.3 Randvoorwaarden voor het toepassen van de methodiek binnen een organisatie

Smith (2011) concludeert dat wanneer medewerkers een algemene oplossingsgerichte training volgen, de algemene principes door medewerkers worden toegepast. Een andere conclusie die hij trekt is dat de behandelaren moeite hebben met een adequate implementatie van oplossingsgericht werken. Behandelaren hebben namelijk de neiging om terug te vallen in de probleemoplossende manier van werken (Smith, 2011). Tijdens eerdere trainingen komt naar voren dat behandelaren moeite hebben om niet uit te gaan van eigen interpretaties en analyses. Ook zijn ze vaak geneigd om het doel te bepalen (De Vries, 2010). Smith (2011) concludeert daarnaast ook dat hoe specifiek en complexer de situatie van de cliënt is, hoe moeilijker het voor de behandelaar is om de oplossingsgerichte methodiek goed uit te voeren. Door onvoldoende kennis van de werkwijze ontstaat een gebrek aan vertrouwen in het beheersen van de methodieken. Het is van belang dat een behandelaar zich kan identificeren met een werkwijze om deze uiteindelijk adequaat uit te kunnen voeren. Hier komt de rol van de organisatie om de hoek kijken. Dit kan namelijk worden ondervangen door een goede socialisatie door middel van een training. Daarbij is de wijze waarop de training wordt geboden van belang evenals de sociale relaties, het leervermogen en de houding van de professional (Korte, 2007).

Overeenstemming tussen de koers van de organisatie en de behandelaar is van belang voor de organisatiebinding, motivatie en het eigen maken van een nieuwe methodiek (Oosterlaken, 2015). Een training/workshop in het kader van socialisatie stelt de behandelaar in staat zich te identificeren met de oplossingsgerichte methodiek. Daarbij is het van belang om rekening te houden met het feit dat professionals moeilijkheden ervaren in het gedegen toepassen van de methodiek. Het is essentieel dat een aantal activiteiten daarin aan bod komen: oriëntatie, taakbeheersing, roladoptie, sociale integratie, reflectie, motivatie en inzet. Belangrijke factoren die hierbij een rol spelen zijn: het geven van praktische informatie, voorzien in feedback geven, het oefenen van de vaardigheden in de praktijk, bewustwording, positieve interpersoonlijke relaties, op eigen kracht iets doen, de juiste interpretatie van oplossingsgericht werken beheersen en het ervaren van de effecten van deze werkwijze (Oosterlaken, 2015; Korte, 2007). Wanneer een organisatie zich actief inzet voor de professional en ze tegemoet komt in bovenstaande punten, zal de professional zich eerder verplicht voelen om iets terug te doen voor de organisatie (Saks, 2006). Als er een actieve inzet is vanuit de organisatie, er voldoende werktevredenheid is en de organisatie als positief wordt ervaren lijkt dit een positieve invloed te hebben op wederkerigheid. Dit vertaalt zich in het tonen van betrokkenheid door de professional, het adequaat integreren in de organisatie en in het beheersen van de oplossingsgerichte methodiek (Oosterlaken, 2015).

Om de implementatie van oplossingsgericht werken succesvol te laten zijn, zeggen Verweij, Baines, Friele en Wagner (2015) dat er twee factoren van belang zijn. De organisatie moet gebruik maken van meerdere strategieën om medewerkers de methodiek aan te leren. Friele et al (2010) en Van der Linden (2016) concludeerden dit eveneens. Hiervoor is het van belang dat er wordt geïnvesteerd in meerdere communicatiekanalen. Daarnaast gaven ze aan dat implementaties, die rekening hielden met contextuele factoren, effectiever leken te zijn. Met contextuele factoren bedoelen ze onder andere de organisatie van de zorg. Andere onderzochte projecten lieten zien dat er te weinig aandacht was geschonken aan de relevante contextfactoren en de procesmatige kant van implementeren. De valkuilen en belemmeringen waren hier dan ook op terug te herleiden en veel minder op de methodiek zelf (Verweij et al., 2015).

### 2.4 Samenvatting

Implementeren is een complex proces, dat maar deels beïnvloed kan worden. Een combinatie van verschillende benaderingen zou werkzaam kunnen zijn in een implementatieproces. Een heldere communicatie evenals informatieverstrekking en het inbouwen van een nieuwe methodiek in de bestaande procedure zijn daarnaast van groot belang. Daarbij moet er vooraf rekening worden gehouden met de kenmerken van de doelen en doelgroep, de sociale context, de veranderbereidheid, de verschillende fasen in het implementatietraject en structurele en- omgevingsfactoren. De hiervoor benoemde doelgroep moet het te implementeren resultaat accepteren. De mate van acceptatie bepaald namelijk of de implementatie succesvol zal zijn. Daarnaast vraagt oplossingsgericht werken om kennis, vaardigheden en een omslag in denken en handelen van de behandelaar. Pas als de behandelaar het gevoel heeft zich de methodiek helemaal eigen te hebben gemaakt kan hij hem ook effectief inzetten. Er ligt een rol voor de organisatie weggelegd in het faciliteren van een training, om een goede socialisatie te bewerkstelligen. Daarbij is de wijze waarop de training wordt geboden van belang evenals de sociale relaties, het leervermogen en de houding van de professional.

**Deelvraag twee:** *Welke effectieve interventies, binnen de methodiek oplossingsgericht werken, kunnen worden ingezet bij cliënten met niet aangeboren hersenletsel om empowerment te stimuleren?*

## 2.5 Inleiding oplossingsgericht werken

Mensen met hersenletsel zijn vaak veel kwijtgeraakt. Ze kunnen bijvoorbeeld hun baan, hobby of rol in de maatschappij niet meer zo vervullen als dat ze dat voorheen hebben gedaan. Cliënten hebben daarnaast het gevoel dat ze de regie over hun eigen leven zijn kwijtgeraakt. Ook in de hulpverlening krijgen ze vaak het gevoel dat er keuzes voor hen worden gemaakt in plaats van met hun (Van Zoelen & De Boer, 2018; Myles, 2004; Stejskal, 2012). Oplossingsgericht werken is een uitwerking van de empowerment visie, waarbij cliënten worden uitgenodigd om zelf weer de controle over hun leven te krijgen (De Vries & Prüst, 2017; Shazer et al., 2008).

De oplossingsgerichte methodiek is een onderdeel van de psychotherapie en richt zich op de gewenste toekomst van de cliënt. Het wordt de laatste jaren steeds vaker ingezet bij mensen met cognitieve stoornissen. Bij de oplossingsgerichte methodiek ligt de nadruk niet op het probleem, maar op wat de cliënt daar graag voor in de plaats zou willen hebben (Klaver & Bannink, 2010; Stejskal, 2012). Empirische evidentie laat zien, dat het effect van oplossingsgericht werken even groot is als bij gebruikelijke behandelingen, maar dat de resultaten in minder tijd kunnen worden behaald (Stams, Dekovic, Buist & Vries, 2006). Ook concludeerden zij dat oplossingsgerichte vragen effectiever bleken te zijn dan probleemgerichte vragen, wanneer men keek naar de eigen effectiviteit van de cliënt en zijn inzicht in de aard van de problematiek. Hoewel de populariteit van de methodiek groeit, is er nog weinig onderzoek gedaan naar de effecten van oplossingsgericht werken (Gingerich & Eisengart, 2000).

Volgens Corcoran en Pillai (2009) kan dit komen doordat de maatschappelijk werker al tijdens de beoordeling/intake fase start met oplossingsgericht werken. De meeste meetinstrumenten zijn echter probleemgericht ingesteld, waardoor ze niet aansluiten bij het uitgangspunt van de methodiek. Als tweede reden dragen zij aan, dat oplossingsgericht werken vaak maar een beperkt aantal sessies omvat. Dit is te kort voor de bestaande gestandaardiseerde meetinstrumenten. De belangrijkste reden daarvoor is volgens Corcoran en Pillai (2009) waarschijnlijk de constructivistische oorsprong van oplossingsgericht werken. Het constructivistische standpunt is dat kennis over de werkelijkheid is opgebouwd uit sociale interacties. De oplossingsgerichte maatschappelijk werker gebruikt taal en vragen om de manier waarop cliënten tegen hun problemen aankijken te beïnvloeden. Deze oorsprong past niet in het kader dat hieruit voortkomt m.b.t. kwantitatieve procedures en behandelingsresultaten.

Gingerich en Eisengart (2000) voerden de eerste kwalitatieve studie uit, waarbij de uitkomsten van meerdere onderzoeken met elkaar zijn vergeleken. Daarbij stelden ze als voorwaarde dat er sprake moest zijn van een controlegroep. In de vijf onderzoeken die volgens hen het meest betrouwbaar werden geacht, vonden ze significante voordelen bij het werken met de oplossingsgerichte methodiek. In de tien studies die niet volledig voldeden aan hun eisen, vonden ze soortgelijke resultaten. De studie van Gingerich en Eisengart (2000) als uitgangspunt nemend, deden Kim (2006) en Corcoran en Pillai (2009) tevens een vergelijkend onderzoek (onder allerlei verschillende doelgroepen zoals mensen met een depressie en verslaafden).

Kim (2006) vond eveneens (in 22 onderzochte studies) positieve resultaten na inzet van de oplossingsgerichte methodiek. Corcoran en Pillai (2009) vonden bij twee studies significante positieve resultaten en bij drie matige effecten.

Uit onderzoek van Klaver en Bannink (2010) komt naar voren dat de problematiek bij cliënten met NAH vaak complex is. De client kan niet altijd goed uitleggen wat er allemaal speelt en er kan sprake zijn van cognitieve problemen. Door beperkingen of gevolgen van het hersenletsel zullen wegen naar de gewenste toekomst geblokkeerd of gesloten zijn. Het is aan de professional om samen met de client de blokkade op te heffen of op zoek te gaan naar een alternatief (Klaver & Bannink, 2010). Deze deelvraag richt zich op de vraag welke interventies kunnen bijdragen aan het ondersteunen van mensen met niet aangeboren hersenletsel om empowerment te bevorderen.

Als uitgangspunt zijn de niet-specifieke factoren van Lambert (1992) en Thomas (2006) genomen. Die zijn volgens hen verantwoordelijk voor het optreden van veranderingen bij cliënten en succesfactoren voor het slagen van een behandeling. Dat zijn:

- Cliënt factoren en extra therapeutische variabelen
- De therapeutische relatie
- Cliëntverwachtingen en hoop en geloofwaardigheid
- Model specifieke interventies

## 2.6 Cliënt factoren en extra therapeutische variabelen

Clientfactoren hebben betrekking op de persoonlijkheid van de cliënt. Extra therapeutische factoren zijn componenten in het leven en omgeving van de cliënt die van invloed zijn op verandering. Denk hierbij aan het innerlijk van de cliënt, sterke punten, ondersteuning vanuit de omgeving en toevallige gebeurtenissen (Sprenkle & Blow, 2004).

Oplossingsgericht werken heeft als uitgangspunt dat de cliënt expert is over zijn eigen leven. Hij of zij beschikt zelf over ideeën, talenten en hulpbronnen die nodig zijn om hun doel te behalen. Oplossingsgericht werken richt zich niet op het probleem van de cliënt, maar op wat hij daarvoor in de plaats zou willen hebben. De cliënt kan soms moeilijk geloven dat hij of zij in staat is om een probleem aan te pakken (Van Zoelen & De Boer, 2018). Het is echter van belang dat de maatschappelijk werker oog heeft voor de verwachtingen en hoop op verandering van de cliënt. Resultaten uit studies van Horvath en Greenberg (1989) en Castonguay, Constantino en Holtforth (2006) wezen op een relatie tussen verwachting op verbetering en de uitkomst van de behandeling. Cliënten die hoge verwachtingen hadden, ontwikkelden een betere alliantie met hun therapeut dan cliënten met lage verwachtingen (Horvath, Del Re, Fluckiger & Symonds, 2011).

De rol van de behandelaar is om de cliënt te laten inzien dat het bewustwordingsproces in de cliënt zelf zit. Als behandelaar is het belangrijk om vragen te stellen in plaats van het geven van advies of het bedenken van oplossingen (Van Zoelen & De Boer, 2018). Dit is van belang om als uitgangspunt te nemen, omdat cliënten met NAH vaak hun gevoel voor eigenwaarde hebben verloren (Myles, 2004). Hier kan de behandelaar achter komen door te luisteren naar de cliënt en te onderzoeken wat er voor het probleem in de plaats moet komen. Ook Hersoug, Høglend, Havik en Monsen (2010) omschrijven het belang van investeren in het bewustwordingsproces van de cliënt. Uit hun onderzoek komt naar voren dat er significante aanwijzingen zijn dat een hoge verwachting van verandering en een reëel zelfbeeld (klachten/problemen kunnen omschrijven) leiden tot betere uitkomsten in een behandeling. Zij baseerden zich daarbij op een data set van 201 cliënten met een variëteit aan stoornissen.

Als de cliënt zelf met de oplossing komt, is het effect vaak krachtiger, maar het kan langer duren voordat hij of zij deze oplossing gevonden heeft (Van Zoelen & De Boer, 2018). Het biedt de cliënt met NAH een aantal voordelen. Het stilstaan bij krachten en oplossingen zorgt voor positiviteit en empowerment en stelt de cliënt in staat zijn eigen leven actief vorm te geven. Ook genereert het hoop en een positieve verwachting van verandering, waardoor de motivatie om tot gedragsverandering te komen toeneemt (Klaver & Bannink, 2010). Kenmerkend voor oplossingsgerichte therapie is het vertrouwen van de hulpverlener in de mogelijkheden van de cliënt om zelf positieve veranderingen te realiseren. (De Shazer et al., 2008, De Shazer & Berg, 2017).

Oplossingen worden gevonden door uitzonderingen op het probleem of situaties waarin het probleem verwacht wordt, maar zich niet voordoet, te identificeren en uit te spitten. De maatschappelijk werker benadrukt krachten en competenties en leert de cliënt ze in te zetten om nieuw gedrag aan te leren (Lewis & Osborn, 2004).

Door hier een vraag over te stellen: *'wanneer doet de uitzondering zich voor, wie is daarbij betrokken en wat doen de anderen dan?'*, kunnen de professional en cliënt praktische oplossingen vinden. Die vervolgens aansluiten op het referentiekader van de cliënt (Lewis & Osborn, 2004). De professional probeert de cliënt zijn intrinsieke potentieel te helpen ontdekken en de cliënt in een positieve richting te leiden. De behandeling leidt tot betere resultaten wanneer een hulpverlener de sterke kanten benadrukt.

Een maatschappelijk werker en een cliënt die samen zoeken naar de sterke kanten en hulpbronnen, zoals ondersteuning door familie of vrienden krijgen gemakkelijker een constructieve samenwerkingsrelatie (Cepeda & Davenport, 2006).

Competentievragen kunnen worden ingezet om indirecte complimenten te geven. Hoe is je dat gelukt? Hoe heb je dat aangepakt? Door een cliënt zelf te laten vertellen hoe hij iets heeft gedaan, help je hem om competenties in te zien (zodat deze uiteindelijk vaker kunnen worden ingezet) (Van Zoelen & De Boer, 2018).

Quick en Gizzo (2007) hebben een kwalitatieve analyse uitgevoerd om na te gaan welke specifieke aspecten bijdragen aan de positieve resultaten van oplossingsgerichte therapie. Ze deden onderzoek onder 108 volwassenen met psychiatrische problemen. De conclusies uit hun onderzoek lieten zien dat het werkt wanneer er wordt gefocust op kleine en specifieke gedragingen. Daarnaast helpt het gezamenlijk zoeken naar oplossingen de communicatie tussen hulpverlener en cliënt. En heeft het effect op de hoop en focus op positieve oplossingen in plaats van op problemen. Dat de professional zich daarnaast richt op de mening en de aanwezig kwaliteiten van de cliënt, lijkt ook een belangrijke bijdrage aan de verandering te leveren (Quick & Gizzo, 2007).

Stams et al (2006) zijn van mening dat oplossingsgerichte therapie daarnaast positieve resultaten oplevert, omdat deze aanpak tegemoetkomt aan de behoefte aan autonomie van de cliënt. McKeel (in Bartelink, 2011) sluit daarbij aan en concludeerde dat de volgende interventies effectief zijn bevonden bij de oplossingsgerichte methodiek:

- De vraag naar verandering, tijdens de start van de behandeling
- De wondervraag en de daaruit voortvloeiende doelen
- Creëren van hoop op verandering en het zoeken naar manieren om die verandering te realiseren
- Huiswerkopdrachten die gericht zijn op wat de cliënt voor verandering waarneemt in zijn leven
- De vraag wat er beter gaat sinds de vorige sessie
- Schaalvragen
- Praten over oplossingen die de cliënt ziet

## 2.7 De therapeutische relatie

Schonberger, Humle en Teadale (2006) geven aan dat de samenwerkingsrelatie de basis moet zijn voor het behandelen van mensen met niet aangeboren hersenletsel. Eerdere onderzoeken laten echter zien dat aandacht voor de samenwerkingsrelatie bij mensen met NAH niet vanzelfsprekend is (Schonberger, Humle & Teadale, 2006; Ownsworth, Turpin, Andrew & Fleming, 2008). Priebe en McCabe (2006) concluderen op basis van eigen- en literatuuronderzoek dat de samenwerkingsrelatie de belangrijkste niet-therapeutische factor voor succes is.

Oplossingsgerichte therapie richt zich op de sterke kanten van een cliënt, omdat het helpend is bevonden om te focussen op bestaande competenties om zo de gestelde doelen te halen. Een dergelijke samenwerking zorgt ervoor dat de cliënt vertrouwen in en respect voor de hulpverlener en zichzelf krijgt (Cepeda & Davenport, 2006). Dit is van belang, omdat de kans groot is dat de cliënt te maken heeft met een verminderde eigenwaarde. De cliënt met NAH heeft verliezen geleden op alle gebieden van het functioneren (lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal) (Myles, 2004).

Tijdens het eerste gesprek bij de oplossingsgerichte benadering wordt de samenwerkingsrelatie al getaxeerd (Klaver & Bannink, 2010). Een cliënt met NAH en zijn systeem komen terecht in een voor hen vaak onbekende wereld. Goede communicatie tussen de cliënt en de professional kan helpen om het herstel te optimaliseren. Deze communicatie kan echter bemoeilijkt worden wanneer er sprake is van niet aangeboren hersenletsel. Er kunnen problemen zijn op het vlak van taal, oriëntatie, geheugen en een gebrekkig inzicht in de eigen situatie. Daarnaast speelt ook mee dat de cliënt soms minder vertrouwen heeft gekregen in de medische zorg door missers en tegenslagen, tijdens het traject (revalidatie, ziekenhuis) voorafgaand aan de chronische fase (de fase waar dit onderzoek zich op richt). Hierdoor is het belangrijk om te investeren in de samenwerkingsrelatie (Witteveen, 2007).

Uit empirische studies en meta- analyses naar interventies binnen de geestelijke gezondheidszorg blijkt dat de werkrelatie een zeer belangrijk onderdeel is in de verklaring van de uitkomst van de behandeling (Priebe & McCabe, 2006; Shirk & Karver, 2003).

Om de samenwerkingsrelatie te beschrijven kan de oplossingsgerichte flowchart worden gebruikt. Het instrument kan bij elk contact en op elk moment worden ingezet. Het instrument geeft geen oordeel over de kwaliteit van de relatie, maar is een middel die de hulpverlener helpt de meest effectieve interventies voor de situatie te gebruiken.

Van den Brink (2006) omschrijft in zijn artikel de Brugse flowchart (zie bijlage 3). Daarbij worden de vier mogelijkheden positief omschreven: de vrijblijvende relatie, de zoekende relatie, de consulterende relatie en de co-therapeutische relatie. Er zijn vier vragen van belang om de positie te bepalen. Het kan tijd besparen wanneer de hulpverlener zich bezighoudt met interventies die passen bij de positie op de flowchart van dat moment. Hoewel er geen direct vergelijkend onderzoek is verricht, lijken de resultaten uit te wijzen dat de flowchart meer resultaat geeft na minder sessies dan niet oplossingsgerichte interventies (De Jong & Berg in Van den Brink, 2006).

De behandelaar stelt de werkrelatie aan de orde wanneer de cliënt signalen geeft dat hij of zij niet tevreden is over de werkrelatie. Dit kan gedaan worden door evaluatievragen te stellen (hoe tevreden ben je over onze samenwerkingsrelatie van 0 tot 10). Een andere manier is door te onderzoeken hoe de relatie is tot de cliënt (bezoeker typisch, klaagtypisch of klanttypisch zijn), omdat dit de professional toont welke bevoegdheid hij krijgt van de cliënt. Als de werkrelatie helder is, kan de professional het gesprek in goede banen leiden voor de cliënt (Stolk & Brandenburg, 2011; Mintjes, Boeckhorst & Hutschemaekers, 2010). Bij de bezoeker typische relatie zal de professional vooral moeten inzetten op perceptieonderzoek en de vraagtechnieken die hier bij passen. Bij de klager typische relatie is het ervaren probleem iemand of iets dat niet veranderd kan worden of wat de cliënt niet wil accepteren. De professional zal moeten proberen in te zetten op perceptieonderzoek, het vinden van uitzonderingen, het formuleren van doelen en de vraagtechnieken die daarbij passen. Bij de klant typische relatie is er een duidelijke hulpvraag en kan de professional daarbij aansluiten door contact te maken, de veranderbehoefte te definiëren, doelen te stellen, sterke punten te benoemen en stappen vooruit helder maken. Bij klager typische en bezoeker typische relaties moet worden ingezet op het creëren van een context waarin de werkrelatie kan veranderen (Shazer & Berg, 2017).

Binnen de samenwerkingsrelatie is het dus van belang dat de ondersteuning wordt afgestemd op de mogelijkheden en wensen van de cliënt met NAH. Om tegemoet te komen aan de autonomie van de cliënt moet overleg met de cliënt zelf plaatsvinden (Cepeda & Davenport, 2006; Bartelink, 2013). Cauffman (2003) zegt dat bij oplossingsgericht werken de behandelaars een ondersteunende rol hebben en dat dit een goede werkrelatie zou bevorderen. Uit onderzoek van Anderson en Goolishian (1992) en Castonguay et al (2006) blijkt de effectiviteit van de behandeling terug te herleiden naar de open houding en het vermogen van de professional om zich bij te laten sturen. De technieken die hierbij passen zijn: exploreren, reflecteren, ondersteunen, verklaren, gevoelsexpressie faciliteren en aandacht voor ervaringen van de cliënt.

## **2.8 Cliëntverwachtingen en hoop en geloofwaardigheid**

Hoop en verwachtingen zijn van belang om de cliënt weer te laten geloven in een positieve uitkomst van de behandeling (Sprenkle & Blow, 2004). Hier kan aan worden gewerkt middels het verleggen van de aandacht door te vragen naar de uitzonderingen en wat de cliënt op dat moment dan doet. Het is effectief bevonden om te praten over dat wat goed gaat (Bannink, 2005). Dit maakt de cliënt bewuster van wat hij of zij al doet en kan. Dit zorgt voor een positief effect op het zelfvertrouwen en het vertrouwen dat een gekozen aanpak effect zal hebben (Klaver & Bannink, 2010). Het praten over problemen kan juist het gevoel van uitzichtloosheid vergroten. De oplossingsgerichte aanpak werkt diagnose overstijgend en dat is van belang bij mensen met hersenletsel. De problemen hangen namelijk vaak met elkaar samen. De cliënt is verdrietig, vermoeid en is snel emotioneel. Hierdoor kunnen zowel de cliënt als behandelaar overspoeld raken door problemen en klachten. Oplossingsgericht werken probeert de aandacht te verleggen naar de doelen van de cliënt, om daardoor het gevoel van uitzichtloosheid te verkleinen (Van Zoelen & De Boer, 2018).

Een belangrijk uitgangspunt van oplossingsgericht werken is dat een kleine stap ook een stap is. Hoe klein de verandering ook is, dit kan voldoende zijn om hoop en optimisme te vergroten (Van den Brom, 2009). Als de cliënt de vooruitgang waardeert kan hij meer in zichzelf gaan geloven, waardoor grotere veranderingen mogelijk lijken. Het is belangrijk dat de cliënt gemeente complimenten krijgt of wordt verleid om zichzelf een compliment te geven.

Dit kan gedaan worden door te vragen hoe de cliënt een stap voor elkaar heeft gekregen. Dit is van belang voor mensen met hersenletsel, omdat het probeert het gevoel van gelijkwaardigheid te vergroten. Het laat de regie bij de cliënt en probeert hem of haar centraal te stellen (Van Zoelen & De Boer, 2018).

De therapeut kan samen met de cliënt met NAH een tekening maken met daarop de weg van de door hem ongewenste situatie naar de voor hem gewenste situatie. Tijdens de gesprekken die daarop volgen, kan deze erbij worden gepakt en kan er bepaald worden hoe dicht de cliënt toe beweegt naar de gewenste situatie. De genomen stappen worden besproken, beschreven en/of getekend. De tekening kan zo als rode draad voor de behandeling worden ingezet. Aan het einde kan de cliënt zelf bepalen of hij huiswerk mee naar huis wil. Als de cliënt hier welwillend tegenover staat wordt er besproken hoe de cliënt ervoor kan zorgen dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. De oplossingsgerichte therapeut volgt hierbij de visie van de cliënt. Als de cliënt ondersteuning nodig heeft wordt samen met hem onderzocht hoe dit gerealiseerd kan worden (Klaver & Bannink, 2010).

Een ander uitgangspunt van de oplossingsgerichte methodiek: als iets werkt, doe er dan meer van. Binnen deze methodiek gaan behandelaar en cliënt samen actief op zoek naar succeservaringen. Dat kan onderzocht worden door de volgende vragen te stellen: *'wat heeft al eens eerder geholpen, op welk moment ging het een beetje beter, waar had dat mee te maken, hoe kan je dit in de huidige situatie inzetten?'* Beiden onderzoeken zo wat eerder gewerkt heeft. De behandelaar complimenteert de cliënt voor eerder behaalde successen en moedigt aan om meer te gaan doen van dat wat werkt. Dit past goed bij mensen met hersenletsel, omdat het aansluit op de competenties en vaardigheden waar een cliënt over beschikt. Door hersenletsel ontstaat vaak een ongelijk profiel, doordat bepaalde vaardigheden verloren zijn gegaan of beperkt (Van Zoelen & De Boer, 2018).

Om daarnaast voldoende aandacht te besteden aan cliëntverwachtingen en het creëren van hoop, tijdens de behandeling, is het van belang om stil te staan bij het begrip empowerment. Dat is volgens Hur (2006), in zijn literatuurreview, samen te vatten in vier hoofdcomponenten. Dit zijn: zingeving, competentie, zelfbeschikking en impact. Ondanks de verschillen die in de visie van de maatschappelijk werkers ontstaan, wordt verondersteld dat deze componenten van individuele empowerment in de behandeling voorkomen. Het is belangrijk dat de professional weet wat er onder eigen kracht wordt verstaan en hoe hij de eigen kracht van de cliënt maximaal in kan zetten. Het perspectief van de professional op de grenzen van de eigen kracht bepaalt namelijk mede het handelen van de maatschappelijk werker (Sprenkle & Blow, 2004).

## 2.9 Model specifieke interventies

Onder model specifieke interventies vallen methoden, strategieën of tactieken van de therapeut. Deze factoren zijn de unieke onderdelen die horen bij specifieke theorieën en methodieken van in dit geval oplossingsgericht werken (Sprenkle & Blow, 2004). Daarnaast is het in dit literatuuronderzoek van belang dat er extra aandacht is voor de betreffende doelgroep en de aanpassingen die dit van de methodiek vraagt. Oplossingsgericht werken vraagt niet alleen om speciale gesprekstechnieken, het is veelomvattender dan dat. Het is een houding en visie, een andere manier van denken, over het omgaan met de cliënt. Het heeft daarnaast verschillende uitgangspunten, waarvan enkelen van extra belang zijn voor mensen met niet aangeboren hersenletsel (Van Zoelen & De Boer, 2018).

Binnen het oplossingsgericht werken zijn er een aantal typen vragen die gebruikt kunnen worden: hoe lukt het nu- vragen, uitzonderingsvragen, scoringsvragen, wondervragen en de gebroken been vraag. Om daar een voorbeeld van te geven: om de cliënt inzicht te geven in de krachten waarover ze al beschikken kan de hoe lukt het nu- vraag worden ingezet. De hulpverlener vraagt aan de cliënt hoe zij nu omgaan met de ervaren problemen en hoe behaalde successen kunnen worden doorgezet. Net als hierboven al eerder aangestipt, zorgen gedragingen die de cliënt al eerder succesvol heeft laten zien ervoor dat de cliënt met NAH meer gemotiveerd zal zijn om deze te bereiken (Klaver & Bannink, 2010). Een ander voorbeeld is de wondervraag, die helpt om een doel te formuleren. 'Stel er gebeurt vannacht terwijl je slaapt een wonder. Het wonder is dat het probleem waarvoor je bij ons komt is opgelost, maar je wist het niet want je was in slaap. Waaraan zou je morgen als eerste merken dat het wonder gebeurd was?' (Stejskal, 2012). Deze vraag is voor veel NAH cliënten te abstract en moeilijk te beantwoorden. Het kan daarom beter werken om simpele, korte en concrete vragen te stellen. De vraag die dan gesteld kan worden: 'waar hoop je op' en 'waar hoop je nog meer op?'

Van den Brink (2006) geeft aan dat deze techniek vooral goed in te zetten is bij de cliënt die slecht weet waar hij heen of van af wil. Hij adviseert om vragen te stellen die alleen met ja beantwoord kunnen worden, zo wordt de cliënt in een positieve modus gebracht. Dit kan vooraf gaan aan het daadwerkelijk stellen van de wondervraag. De vraag die vervolgens de wondervraag in kan leiden is als volgt: *'mag ik u een rare vraag stellen?'* Deze vraag wordt volgens hem vaak met ja beantwoord. Na afloop van de wondervraag moeten vragen worden gesteld naar details die ten gevolge van het

wonder, in het dagelijks leven, anders zouden zijn. Op die manier ontstaat er een realiseerbaar toekomstbeeld. Hierbij kunnen uitzonderingen en schaalvragen helpend werken.

Het gebruik maken van schalen kan verder helpen om de cliënt minder zwart-wit te laten denken. Dit kan door te wijzen op de vele grijsvarianten, die vaak beter passen bij de realiteit. Een schaalvraag kan differentiatie aanbrengen in de weg naar de gewenste verandering. Een voorbeeld van een vraag volgens Van den Brink (2006) kan zijn: *'wanneer het moment van aanmelding een 0 is en het moment dat u hier niet meer hoeft te komen een 10, waar bent u dan nu?'*. Een schaalvraag kan ook helpen om inzicht te geven in de intensiteit van het probleem, het zelfvertrouwen van de omgeving in dat er een oplossing komt en de vooruitgang in de therapie (Stejskal, 2012). Een andere bruikbare techniek bij cliënten met hersenletsel is de: *'wat gaat er beter sinds'*. Deze vraag kan gesteld worden tijdens een volgende afspraak met de cliënt en is optimistisch opgesteld. De vraag suggereert dat er altijd wel een kleine verandering te benoemen is. Als de cliënt echt geen antwoord heeft, kan de coping vraag worden gesteld. Het doel van deze vragen bij het inzetten bij mensen met hersenletsel is dat er gezocht wordt naar uitzonderingen, maar ook dat de cliënt (en zijn omgeving) los komt van zijn hersenletsel (Stejskal, 2012). De cliënt is geen hersenletsel, maar heeft hersenletsel.

Er kunnen daarnaast aanpassingen worden gedaan in de methodiek door gebruik te maken van tekeningen, symbolen en rollenspellen. Korte, open en concrete vragen passen beter bij deze groep cliënten. Het is wel een voorwaarde dat de cliënt over enige cognitieve vermogens beschikt om te kunnen profiteren van oplossingsgerichte gespreksvoering. Bij cliënten met NAH wordt vaak geprobeerd het inzicht te vergroten door te vertellen wat er niet meer kan en wat de omgeving opmerkt. Hierdoor kan strijd ontstaan. De problemen die zij ervaren, kunnen ook verschillen met dat wat hun omgeving ervaart. Als hulpverlener doe je er goed aan om aan te sluiten bij het verhaal van de cliënt. Hierdoor ontstaat er ruimte om een gelijkwaardige relatie op te bouwen waarin ervaringen kunnen worden uitgewisseld (Van Zoelen & De Boer, 2018). De oplossingsgerichte methodiek doet een beroep op het taalvermogen van de cliënt. Wanneer de cliënt afasie heeft moeten er aanpassingen worden gedaan. Als de cliënt wel begrip heeft, kan er gebruik worden gemaakt van een communicatiemiddel. Als het begrip ernstig is aangetast is de oplossingsgerichte werkwijze niet de juiste. Het kan dan wel ingezet worden in gesprek met collega's en/of het netwerk (Van Zoelen & De Boer, 2018).

Kijkend naar de hierboven genoemde interventies, zijn er zoals al eerder aangegeven (nog) niet heel veel onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van oplossingsgericht werken. Laat staan naar de invloed van oplossingsgericht werken op mensen met niet aangeboren hersenletsel. Woods et al. (2011) hebben in een vergelijkend literatuuronderzoek resultaten vergeleken uit 84 studies die betrekking hadden op kinderen, jongvolwassenen en families. Vierendertig studies werden daarbij aangemerkt als 'best evidence'. Uit die vierendertig studies kwam naar voren dat cliënten de volgende interventies als helpend hebben ervaren: zoeken naar krachten en oplossingen, doelen die van de cliënt zijn, gebruik van schaalvragen, gebruik van de wondervraag en het zoeken naar uitzonderingen op het probleem. Daarnaast gaven de cliënten aan dat het geven van (eigen) complimenten als waardevol werd ervaren evenals het maken van huiswerk.

## 2.10 Samenvatting

Cliënten met hersenletsel hebben vaak het gevoel dat ze de regie over hun eigen leven zijn kwijtgeraakt. Oplossingsgericht werken nodigt cliënten uit om weer de controle over hun leven te krijgen. Om dit voor elkaar te krijgen, moet er aandacht zijn voor de cliënt factoren, de samenwerkingsrelatie, cliënt verwachtingen en model specifieke technieken. Een goede communicatie tussen de cliënt en de professional kan het herstel van de cliënt optimaliseren. Oplossingsgericht werken vraagt verder niet alleen om speciale gesprekstechnieken, het is een andere manier van denken over het omgaan met de cliënt. De behandelaar heeft vertrouwen in de competenties van de cliënt en is nieuwsgierig naar zijn ideeën en vaardigheden. Hierdoor komt de cliënt meer in zijn kracht te staan, wordt het gevoel van empowerment vergroot en is de kans op het slagen van de behandeling groter.

De behandelaar en cliënt gaan samen op zoek naar succeservaringen, want het blijkt vaak effectief om te praten over dat wat goed gaat. Om dit te bereiken zijn er verschillende interventies die kunnen worden ingezet. Denk daarbij aan: coping vragen, de wondervraag en het stellen van uitzonderingsvragen. Omdat de oplossingsgerichte methodiek niet speciaal geschreven is voor mensen met niet aangeboren hersenletsel, kan het nodig zijn om bepaalde aanpassingen te doen.

### 3. Onderzoeksmethoden

Het doel van het onderzoek is om te weten te komen welke handvatten behandelaars van InteraktContour nodig hebben om de methode oplossingsgericht werken effectief in te kunnen zetten bij het ondersteunen van cliënten met NAH met het oog op meer empowerment van de cliënt. Door gebruik te maken van zowel relevante literatuur, interviews en enquêtes hoopt de onderzoeker een beter beeld te kunnen schetsen van de specifieke behoeften van mensen met NAH. En hoe dit aansluit op de oplossingsgerichte methodiek. Dit geeft mogelijk aanleiding tot verbetering en/of een andere aanpak in de begeleiding van mensen met niet aangeboren letsel. In dit hoofdstuk komt de methodologie aan bod, de manier waarop dit onderzoek tot stand is gekomen en uitgevoerd.

#### 3.1 Methoden van onderzoek:

**Deelvraag 1 & 2:** Om deelvraag één en twee te kunnen beantwoorden is er gebruik gemaakt van wetenschappelijk en internationaal literatuuronderzoek. Door hier onderzoek naar te doen wou de onderzoeker erachter komen wat de succesfactoren kunnen zijn bij het implementeren van een nieuwe methodiek. Door middel van het onderzoeken van verschillende strategieën, wil de onderzoeker komen met een advies voor het ondersteunen bij een implementatieproces. Hierbij is er gebruik gemaakt van Google Scholar als digitale zoekmachine. Voor sommige artikelen waren Nederlandstalige zoektermen als “implementeren van een nieuwe methodiek in de zorgsector, randvoorwaarden voor het implementeren van de oplossingsgerichte methode, nieuwe methodiek toepassen in de GGZ, implementatieprogramma in de zorg en faciliterende & belemmerende factoren bij toepassen nieuwe methodiek” toereikend – denk aan de artikelen van onder anderen Friele, van der Niet & Heiligers en Stolk & Brandenburg – terwijl voor andere artikelen Engelstalige zoektermen als “conditions for working with solution-focused therapy en implementing a methodology in the healthcare sector” noodzakelijk waren.

Ook werd de Koninklijke bibliotheek geraadpleegd voor literatuur over zowel het onderwerp implementeren in de zorgsector, als de methodologie. Omdat Interaktcontour zich richt op een specifieke doelgroep, mensen met niet aangeboren hersenletsel, was het van belang literatuur te bestuderen die zich richtte op de geestelijke gezondheidszorg. Door middel van deelvraag twee werd er onderzoek gedaan naar de voordelen van de oplossingsgerichte methodiek, om zo onder andere medewerkers bewust te maken van de meerwaarde hiervan. De onderzoeker stond stil bij de effectiviteit, de verwachte houding van de professional en de behandelingsintegriteit. Ook hierbij werd Google Scholar ingezet als digitale zoekmachine. Omdat deze soms geen toegang bood, is er bij beperkingen tevens gezocht via de websites Narcis en Core. Om op deze manier, in sommige gevallen, alsnog toegang te krijgen tot de artikelen. Enkele zoektermen die gebruikt zijn voor deelvraag twee: effectieve interventies oplossingsgericht werken in de GGZ, effectiviteit van oplossingsgericht werken, oplossingsgerichte therapie bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel, solution focused therapy, solution focused therapy in rehabilitation mental healthcare, interventions after brain injury, solution focused therapy outcome research en brain injury/stroke and effects of solution-focused therapy.

**Deelvraag 3:** Voor het beantwoorden van deelvraag drie is er gekozen voor een internetenquête als onderzoeksmethode. Er is specifiek gekozen voor het afnemen van enquêtes, omdat op deze manier de hele populatie kon worden bereikt. Tevens richt dit onderzoek zich ook op de mening van de medewerkers van de afdeling behandeling en op de vraag wat zij nodig hebben voor het implementeren van een nieuwe methodiek. De internetenquête maakt daarnaast de antwoorden van de medewerkers meetbaar en inzichtelijk. Verder is het een laagdrempelige manier van afnemen en heeft de onderzoeker minder kans om de antwoorden te beïnvloeden met vooronderstellingen. De medewerker wordt in staat gesteld om de enquête in te vullen wanneer dat voor hem of haar goed uit komt en blijft verder anoniem. De gekozen topics uit de enquête zijn samengesteld op basis van literatuur over de randvoorwaarden voor een implementatietraject, succesfactoren en belangrijke voorwaarden voor oplossingsgericht werken en het aanleren van een nieuwe methodiek. Denk hierbij aan de bronnen, gebruikt voor onder andere deelvraag één uit het onderzoek. De gekozen antwoordschalen (Likert) zijn geselecteerd om de meningen en houdingen van medewerkers enigszins meetbaar te maken en in kaart te kunnen brengen. Onder het kopje meetinstrumenten en kwaliteit zal dieper worden ingegaan op het gebruik van de antwoordschalen en de samenstelling van de vragen.

**Deelvraag 4 & 5:** Om deelvraag vier en vijf te kunnen beantwoorden zijn er diepte interviews gehouden met professionals. Door middel van interviews met open vragen kon het onderwerp van de deelvragen worden verdiept. Zo ontstond de mogelijkheid om door te vragen, daar waar een enquête die optie niet biedt. Dit doorvragen was van belang, omdat het de onderzoeker in staat heeft gesteld om achter de opvattingen, meningen en suggesties te komen gericht op het toepassen van de oplossingsgerichte methodiek.

Het bood daarnaast de mogelijkheid om deze personen in hun vertrouwde omgeving te ondervragen. Er is gevraagd naar specifieke ideeën van de professionals. Het doel was om informatie te verkrijgen over de voorwaarden die nodig zijn voor het toepassen van deze specifieke methodiek bij mensen met niet aangeboren hersenletsel. Er is een rode draad die in beide interviews is gehanteerd. Daarbij is er gebruik gemaakt van een half gestructureerd interview. Dit soort interview laat ruimte voor eigen inbreng, wat van belang is voor het beantwoorden van de deelvragen.

Er was een vooraf opgestelde lijst met onderwerpen, waarbij er de mogelijkheid was om af te wijken of te verdiepen. De gekozen topics uit de interviews zijn samengesteld op basis van literatuur over belangrijke voorwaarden voor oplossingsgericht werken en het aanleren van een nieuwe methodiek. Denk hierbij aan de bronnen die zijn gebruikt voor deelvraag één en twee uit het onderzoek. Daarnaast was er specifieke aandacht voor het aanleren van een andere visie/houding, vaardigheden voor de medewerker en mogelijke valkuilen.

De professionals benaderd voor *deelvraag 4* zijn geselecteerd op basis van overstijgende kennis over het onderwerp oplossingsgericht werken. Twee van de drie personen zijn uitvoerend behandelaar bij een organisatie en verantwoordelijk voor het verzorgen van scholingen in de methodiek en het implementeren van oplossingsgericht werken bij Hersenz. Tevens hebben zij samen een boek geschreven over oplossingsgericht werken bij mensen met niet aangeboren hersenletsel. De derde persoon is ook uitvoerend behandelaar (maar in een andere discipline) en is daarnaast verantwoordelijk voor het implementeren van de methodiek bij een specifieke organisatie. De personen die zijn benaderd voor *deelvraag 5* zijn geselecteerd op basis van het feit dat zij de methodiek op de werkvloer toepassen. Hierdoor was het mogelijk om vragen te stellen over persoonlijke ervaringen m.b.t. het aanleren van een nieuwe methodiek.

*Tabel 1: Overzicht onderzoeksmethoden/instrumenten per deelvraag*

Deelvraag 1	Literatuuronderzoek	Kwalitatief
Deelvraag 2	Literatuuronderzoek	Kwalitatief
Deelvraag 3	Internet enquête	Kwalitatief/Kwantitatief
Deelvraag 4	Diepte interview	Kwalitatief
Deelvraag 5	Diepte interview	Kwalitatief

Aan de hand van open vragen is inzichtelijk gemaakt wat de ervaringen en eventuele suggesties van professionals in andere organisaties zijn, ten aanzien van oplossingsgericht werken bij mensen met NAH. Dit, in combinatie met de informatie afkomstig van de bij medewerkers afgenomen enquêtes, en het literatuuronderzoek, maakt inzichtelijk waar professionals meer in kunnen worden ondersteund.

### 3.2 Meetinstrumenten en kwaliteit

**Deelvraag 3:** Het afnemen van enquêtes is een gestructureerde dataverzamelmethode. Daarbij kunnen er meningen/opinies, houdingen en kennis worden gemeten (Verhoeven, 2011). De vragen in de enquête waren zo neutraal mogelijk opgesteld, om enige sturing in het antwoord te voorkomen. Daarnaast biedt een enquête de mogelijkheid tot het standaardiseren van antwoorden, waardoor de eenduidigheid vergroot kan worden. Ook kunnen de antwoorden niet worden beïnvloed door een interviewer, waardoor de objectiviteit gewaarborgd wordt (Universiteit Utrecht, z.d.). Voor het afnemen van de daadwerkelijke enquête is er een pre-test uitgevoerd, in eerste instantie met drie personen. Na de aanpassingen is hij nogmaals door twee andere personen getest, voordat de daadwerkelijke enquête onder de gehele afdeling behandeling (+/- 67 personen) is verstuurd. Er zijn herinneringen verstuurd, om de respons op de enquête te verhogen. Door de gehele afdeling te betrekken in het onderzoek is de representativiteit verhoogd (Verhoeven, 2011).

**Betrouwbaarheid en validiteit:** Om de constructvaliditeit te vergroten is de enquête (zie bijlage 2) samengesteld op basis van literatuur met betrekking tot dit onderwerp en pas opgesteld na afronding van het literatuuronderzoek, hierbij is er gebruik gemaakt van een operationaliseringsmodel. De vragen zijn onder gebracht in verschillende categorieën, die aansloten bij relevante literatuur over het

onderwerp implementeren van een nieuwe methodiek in de zorg.

De gekozen topics zijn: oplossingsgericht werken, de medewerker, het team, de organisatie en de leidinggevende. Deze topics samen vormen volgens de literatuur een goede steekproef met betrekking tot het onderzochte domein. Hierdoor is getracht de steekproefvaliditeit te verhogen (Van der Velde, Jansen & Dijkers, 2015). Om uiteindelijk tot de vraagstellingen te komen is er gebruik gemaakt van de valkuilen en tips gegeven door Van der Velde et al (2015) in hun boek over praktijkgericht onderzoek. De validiteit is verder gewaarborgd door de vragen uit deze zelf gecreëerde enquête voor te leggen aan vijf personen. De begripsvaliditeit is bewaakt bij enquêtevragen. Daar waar de mogelijkheid tot interpretatie kon ontstaan is het begrip afgebakend.

De opgestelde enquête bevat zowel kwalitatieve als kwantitatieve vragen. Het gebruik van zowel kwalitatieve als kwantitatieve dataverzamelingmethoden verhoogt volgens Verhoeven (2011) de betrouwbaarheid van het onderzoek.

De zelf ontworpen vragenlijst bevat 30 vragen waarbij er gebruik is gemaakt van een vijfpunt-likertschaal. De antwoordopties lopen (bij het grootste gedeelte van de vragen) van helemaal eens naar helemaal oneens. Door het gebruik van een Likertschaal kan een moeilijk te kwantificeren begrip toch meetbaar en inzichtelijk worden gemaakt (Verhoeven, 2011). Daarnaast zorgt de Likertschaal voor de berekening van een gemiddelde score op de schaal, waardoor het minder afhankelijk is van toevallige invloeden. Dit levert een hogere betrouwbaarheid op (Van der Velde et al., 2015).

**Deelvraag 4 & 5:** De topiclijst voor het interview is gemaakt door in eerste instantie te kijken naar de hoofd- en deelvragen van het onderzoek. Vervolgens is ook de informatie uit de literatuurlijst verwerkt evenals relevante informatie die uit de enquêtes naar voren kwam. Door deze werkwijze heeft de onderzoeker de constructvaliditeit verhoogd (Verhoeven, 2011).

Er is gebruik gemaakt van een vooraf opgestelde lijst met onderwerpen, waarbij er de mogelijkheid was om af te wijken of te verdiepen (zie bijlage 1: interviewschema). Dit moest uiteindelijk leiden tot een grotere interne validiteit. Er zijn vragen gesteld die ingingen op de volgende onderwerpen:

- over welke vaardigheden moet de professional beschikken
- wat hebben medewerkers nodig om deze methodiek eigen te maken
- op welke manier kan de organisatie medewerkers ondersteunen.

Er zat een duidelijke logica in de opbouw van vragen. De ondervraagden zijn eerst in het onderwerp ingeleid (interne validiteit) (Verhoeven, 2011). De vervolgvragen waren gebaseerd op de antwoorden en input van de respondenten, die uit vorige vragen naar voren kwam. Door middel van open vragen is er gevraagd naar specifieke effectieve interventies, binnen de methodiek oplossingsgericht werken. Indien mogelijk vonden de interviews plaats op locatie van de professional, anders zijn ze via Skype afgenomen. Door middel van het houden van een open interview, is er ruimte gecreëerd voor de inbreng van de respondent. Dit vergroot de flexibiliteit en kan leiden tot een grotere validiteit (Boeije, 2014).

**Betrouwbaarheid en validiteit:** Om de ecologische validiteit te verhogen is ervoor gekozen om de interviews in de eigen omgeving af te nemen. En om de interne validiteit te verhogen heeft er een pre-interview plaatsgevonden (Verhoeven, 2011). De vraagstellingen zijn hierdoor vooraf getoetst, om zo ook de constructievaliditeit te verhogen. Aan de hand van het pre-interview zijn er aanpassingen gemaakt in de topiclijst voor beide interviews. Een vast interviewschema is opgesteld om de interne validiteit te verhogen. Er is extra aandacht besteedt aan de mate van sturing bij het stellen van vragen, om op deze manier de betrouwbaarheid te verhogen. Na afloop van de interviews is er door middel van een audit trail voor gezorgd dat de transcripten herleidbaar zijn en op te vragen door derden.

### 3.3 Populatie en het proces van dataverzameling

De populatie voor de enquête van deelvraag drie, bestaat uit alle medewerkers van de afdeling behandeling (bij InteraktContour) die cliënten behandelen met niet aangeboren hersenletsel. De enquête is onder zevenenzestig medewerkers verstuurd en het doel was om van minimaal dertig professionals een antwoord te krijgen. Alle medewerkers die werkzaam zijn binnen de afdeling behandeling werden benaderd, om een zo representatief mogelijke steekproef te krijgen. De enquêtes werden via de werkmail naar de medewerkers verstuurd en waren online in te vullen met de Survey-Monkey tool. Aanvankelijk werd de enquête ingevuld door negentien medewerkers, maar na een herinneringsmail liep dit aantal op tot vierendertig respondenten. Ook zijn mensen door de onderzoeker aangesproken en is het invullen van de enquête tijdens een vergadering aan bod gekomen.

Tabel 2: Overzicht man/vrouw relatie respondenten deelvraag 3

<b>Geslacht:</b>	<b>Aantal respondenten: 34</b>
<i>Vrouw</i>	30
<i>Man</i>	4

De diepte interviews, afgenomen bij deelvraag vier, zijn gehouden met twee therapeuten die samen een boek hebben geschreven over oplossingsgerichte therapie bij mensen met niet aangeboren hersenletsel. Zij verzorgen daarnaast scholingen in het toepassen van deze methodiek in de praktijk. Er is gekozen voor deze therapeuten, omdat zij ervaring hebben met de doelgroep waar dit onderzoek zich op richt. Ook is er een zorg coördinator benaderd die werkzaam is bij een GGZ instelling en die betrokken is geweest bij het implementeren van de oplossingsgerichte methodiek binnen een organisatie. De vierde benaderde persoon is de auteur van het boek 'samen werkt het beter, oplossingsgericht werken in de gehandicaptenzorg'. Helaas kon zij geen medewerking geven door tijdgebrek.

Tabel 3: Overzicht gegevens respondenten deelvraag 4

<b>Geslacht</b>	<b>Functies</b>	<b>Werkervaring</b>
Vrouw	Gedragkundige (Gemiva) Hoofdbehandelaar Hersenz Auteur boek 'hoofdstuk opgelost'	7 jaar
Man	GZ Psycholoog- Regiebehandelaar (Vitaalpunt) Neuropsycholoog Auteur boek 'hoofdstuk opgelost'	13 jaar
Vrouw	Logopedist Coördinator zorgprogramma (Hersenz)	18 jaar

Om deelvraag vijf te kunnen beantwoorden is er een semi gestructureerd open interview gehouden met drie professionals van een geestelijke gezondheidsinstelling die met de oplossingsgerichte methodiek werken. Deze mensen zijn benaderd via de contactpersoon van de overkoepelende organisatie Hersenz. Deze persoon had het meeste zicht op de aangesloten organisaties (die werken met mensen met NAH) en medewerkers die ervaren zijn in het oplossingsgericht werken.

Hierbij is gevraagd om professionals met verschillende achtergronden en werkervaring. In het tijdsframe voor de scriptie, waren er van de vier benaderde personen drie beschikbaar.

Tabel 4: Overzicht gegevens respondenten deelvraag 5

<b>Geslacht</b>	<b>Functie(s)</b>	<b>Werkervaring</b>
Vrouw	Werkbegeleider Persoonlijk begeleider wonen (Gemiva)	5 jaar
Vrouw	Persoonlijk begeleider wonen (Gemiva) Toetser en trainer in voorbehouden en risicovolle handelingen HBO-V in opleiding	2 jaar
Vrouw	Cognitief- en thuisbehandelaar Hersenz	4 jaar

Tabel 5: Uiteindelijke deelnamegroep

	Benaderd:	Uiteindelijk bereikt:
<b>Enquête</b>	67 personen	34 personen
<b>Interview deelvraag 4</b>	3 therapeuten, 1 zorg coördinator	2 therapeuten, 1 zorg coördinator
<b>Interview deelvraag 5</b>	4 professionals	3 professionals

### 3.4 Analyse van de data

De enquêtes zijn aan de medewerkers verzonden met het programma SurveyMonkey. Dit is een programma dat ook meteen voorziet in analysemethoden van de opgehaalde data. De medewerkers hebben per gesloten vraag een antwoord gegeven dat loopt van 1 (helemaal oneens) naar 5 (helemaal eens). Daarnaast waren er een aantal vragen met de antwoordoptie: **beheers ik – beheers ik niet (schaal van 0 tot 10)**. Met de gebruikte tool was het mogelijk de gemiddeldes van de respondenten per vraag te berekenen. Ook werd zichtbaar welk percentage van de respondenten een bepaald antwoord invulde. In de uitwerking is er gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek, waarbij de belangrijkste gegevens uit het onderzoek worden weergegeven. De gegevens zijn bij enkele relevante vragen ingevuld en gecontroleerd in Excel.

Na afloop van alle interviews, afgenomen om een antwoord te geven op deelvraag vier en vijf, heeft er een transcriptie plaatsgevonden. Hierna volgde de data-analyse. Hierbij is ervoor gekozen om eerst alle data door te lezen en in te delen in fragmenten. De fragmenten zijn voorzien van een code in eigen taalgebruik (Boeije, 2014). Na deze stap is er overgegaan op axiaal coderen. Alle codes van het open coderen zijn onder thema's opgeschreven, waarna een vergelijking van codes is gemaakt. De codes uit het open coderen zijn samengevoegd tot één code tijdens het axiaal coderen. Uiteindelijk ontstond er zo een lijst met hoofd- en sub codes. De hoofdcodes waren: inzet methodiek, waarom oplossingsgericht, methodiek en de doelgroep, aanleren van de methodiek, vaardigheden, voor- en nadelen. Tijdens de laatste fase heeft er een selectieve codering plaatsgevonden. In deze fase zijn er verbanden gelegd tussen de onderzoeksresultaten en de bestaande theorie (Boeije, 2014). Er is gekeken naar verschillen en/of overeenkomsten tussen de antwoorden. Op deze manier moest duidelijk worden op welke manier medewerkers, van de afdeling behandeling van InteraktContour, het beste ondersteund konden worden in het toepassen van de oplossingsgerichte methodiek.

## 4. Resultaten

De resultaten van het onderzoek zijn verkregen uit enquêtes over de mogelijke toepassing van oplossingsgericht werken, afgenomen onder medewerkers van de afdeling behandeling binnen InteraktContour. Hiermee wordt deelvraag drie beantwoord. Deelvraag vier en deelvraag vijf zullen worden beantwoord middels verkregen informatie uit interviews. Aan het einde van elke deelvraag volgt een korte analyse.

### 4.1 Resultaten deelvraag 3:

*Welke ondersteuning hebben medewerkers, van de afdeling behandeling, nodig om oplossingsgericht te werken bij mensen met niet aangeboren hersenletsel?*

Om inzicht te krijgen in de ervaringen, suggesties en verbeteringen – omtrent het implementeren van de methodiek oplossingsgericht werken – is gebruik gemaakt van de verkregen antwoorden, voortkomend uit de enquête (zie bijlage 2: Enquête medewerkers InteraktContour).

Tabel 6: antwoorden respondenten vraag 1 t/m 3 uit de enquête

	<u>Helemaal eens</u>	<u>Eens</u>	<u>Neutraal</u>	<u>Oneens</u>	<u>Helemaal oneens</u>
Ik ken de methode	8	18	7	1	0
Methodieken bij de methode	5	13	7	9	0
Identificeren met de methode	3	21	6	4	0

Uit de enquête is naar voren gekomen dat een groot deel van de medewerkers (26 personen) bekend is met oplossingsgericht werken en dat 18 personen ook weten welke methodieken hierbij passend zijn. Eén medewerker kent de methodiek oplossingsgericht werken niet en negen personen weten niet welke interventies hierbij horen. Op de vraag of ze zich kunnen identificeren met de methodiek, antwoorden 24 medewerkers bevestigend.

Tabel 7: antwoorden respondenten vraag 4 t/m 7 uit de enquête

	<u>Helemaal eens</u>	<u>Eens</u>	<u>Neutraal</u>	<u>Oneens</u>	<u>Helemaal oneens</u>
Identificeren richting van de organisatie	7	26	1	0	0
Vertrouwen in eigen kunnen	11	15	7	1	0
Betrokkenheid bij invoeren methodiek	3	9	13	7	2
Delen collectieve kennis & ervaringen	1	13	10	10	0

33 medewerkers kunnen zich identificeren met de richting die de organisatie op wil, namelijk de cliënt meer in zijn eigen regie zetten. Bij de volgende stelling: 'ik heb vertrouwen in mijzelf dat ik over de vaardigheden beschik die nodig zijn om mijn functie goed uit te voeren', geven 26 medewerkers aan dat dit het geval is. Maar 12 medewerkers voelen een sterke betrokkenheid bij het invoeren van een nieuwe methodiek. Zij dragen suggesties aan om ervoor te zorgen dat een nieuwe methodiek, in dit geval oplossingsgericht werken, succesvol kan worden geïmplementeerd. De optie die het vaakst wordt genoemd door de medewerkers van InteraktContour is training/scholing (15 keer). Deze antwoordoptie wordt gevolgd door: oefenen in de praktijk (11 keer), informatie over de methodiek/theorie (9 keer) en het sparren met collega's/uitwisselen met collega's (6 keer), (de rest van de antwoorden zijn opgenomen in bijlage 4).

Op de stelling: 'bij het veranderen van een werkwijze in een organisatie kan er weerstand ontstaan, welke reactie past het meest bij jou als persoon' werd er door 22 medewerkers gebruik gemaakt van het open invulveld. 8 medewerkers ervaren stress om alles anders te gaan doen en 4 medewerkers hebben behoefte aan routine. 9 medewerkers vinden ontwikkelen juist prettig en houden van een uitdaging. 8 medewerkers denken geen weerstand te ervaren als ze achter de motieven staan, of de meerwaarde van een nieuwe methodiek inzien. 6 medewerkers vinden dat ze te weinig tijd krijgen, 1 persoon ervaart te veel veranderingen en 1 persoon geeft aan behoefte te hebben aan verdieping en niet aan verandering.

Tabel 8: antwoorden respondenten op vraag 10 t/m 16 uit de enquête

Gegeven antwoorden	Gemiddelde	SD
Het centraal stellen van de cliënt als persoon	8,2	1,98
Het aansluiten bij de perceptie en de situatie van de cliënt	7,8	1,89
Het centraal stellen van de doelen van de cliënt	7,6	1,82
Een gelijkwaardige, coöperatieve werkrelatie	8	2,04
Toekomstgericht werken, niet/of weinig naar het verleden kijken	7,1	1,54
Uitgaan en versterken van de eigen kracht en oplossingen van cliënten	7,7	1,95
Niet richten op de problemen en klachten, maar op de krachten van de cliënten	7,2	1,9

In de enquête waren 7 stellingen opgenomen, die betrekking hadden op het beheersen van vaardigheden die passend zijn binnen de methodiek oplossingsgericht werken (*beheers ik niet-beheers ik, schaal van 0 tot 10*). Waarbij 0 de waarde beheers ik niet omvat en 10 beheers ik. De tabel laat zien dat gemiddeld genomen, medewerkers zelf aangeven over de bovenstaande vaardigheden te beschikken.

Tabel 9: antwoorden respondenten vraag 17 en 18 uit de enquête

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
Gesteund voelen	3	24	6	1	0
Gezamenlijk oppakken	4	18	9	3	0

27 medewerkers voelen zich gesteund door hun team, 6 staan er neutraal in en één medewerker voelt zich niet gesteund door zijn team. Daarnaast zeggen 22 collega's dat nieuwe dingen in de organisatie gezamenlijk opgepakt worden, maar drie medewerkers zijn het daar niet mee eens.

Om uit te zoeken hoe medewerkers ondersteund willen worden bij de implementatie van oplossingsgericht werken, is de volgende stelling voorgelegd: 'als er een nieuwe methodiek moet worden geïmplementeerd, heb ik het meeste aan (in volgorde van belangrijkheid, waarbij 1 staat voor het meest belangrijke punt)'. Daarbij kwam naar voren dat als eerste optie de workshop werd genoemd, gevolgd door: meelopen met een collega die de methodiek al toe past, het oefenen met casussen, in gesprek zijn met collega's, het stellen van vragen tijdens een bijeenkomst en tot slot met het team zelf iets organiseren.

Tabel 10: antwoorden respondenten organisatie vragen uit de enquête

	<u>Helemaal eens</u>	<u>Eens</u>	<u>Neutraal</u>	<u>Oneens</u>	<u>Helemaal oneens</u>
Informatie en communicatie	0	12	10	12	0
Tijdig inlichten bij verandering	1	12	15	6	0
Steun van de organisatie	1	19	10	4	0
Inwerken methodiek	1	10	11	12	0

Om informatie over te brengen is het van belang dat er gecommuniceerd wordt in de verschillende lagen van de organisatie. 12 medewerkers van InteraktContour vinden de communicatie en informatie op dit moment niet voldoende. Zes medewerkers vinden dat zij niet tijdig worden ingelicht als er wat staat te veranderen in de organisatie en maar dertien medewerkers antwoorden positief op deze vraag. 20 medewerkers voelen zich gesteund door de organisatie. Op de stelling die daarbij aansluit: *'onze organisatie treft voldoende maatregelen zodat medewerkers goed worden ingewerkt in methodisch werken'* reageren maar 11 medewerkers positief. Tien medewerkers geven daarnaast aan dat de organisatie ze onvoldoende tijd beschikbaar stelt om methodisch te werken (vraag 22).

Tabel 11: antwoorden respondenten vragen over de leidinggevende uit de enquête

	<u>Erg belangrijk</u>	<u>Belangrijk</u>	<u>Neutraal</u>	<u>Niet belangrijk</u>	<u>Helemaal niet belangrijk</u>
Bereikbare leidinggevende	8	18	8	0	0
Ondersteuning	5	23	6	0	0
Zelfreflectie	2	17	14	1	0
Steun leidinggevende	2	22	3	7	0

Vervolgens werden er een aantal stellingen geformuleerd die betrekking hadden op de rol van de leidinggevende in de organisatie. 26 medewerkers vinden het hebben van een aanwezige en bereikbare leidinggevende belangrijk. Op de vraag of de medewerkers het bieden van ondersteuning, vanuit de leidinggevende, belangrijk vinden antwoorden 28 medewerkers bevestigend. 19 medewerkers geven daarnaast aan het belangrijk te vinden dat de leidinggevende ze stimuleert tot zelfreflectie, maar 1 medewerker vindt dit niet van belang. 24 medewerkers zeggen daarnaast dat de kans groot is dat ze zich ontwikkelen en beter leren als de leidinggevende ze steunt.

*Analyse:* hoewel een groot deel van de respondenten de methodiek kent, ervaren maar 12 medewerkers een sterke betrokkenheid bij het invoeren van een nieuwe methodiek. Om bij te dragen aan een succesvolle implementatie suggereren de medewerkers dat een scholing, praktijkoefeningen en informatie over de methodiek daarbij helpend kunnen zijn. Het informeren en communiceren naar de medewerkers behoeft aandacht, evenals het steunen van medewerkers. 12 medewerkers vinden namelijk dat de communicatie en informatie niet voldoende is. Ook geven 11 medewerkers aan dat er te weinig maatregelen worden getroffen om methodisch te werken, de factor tijd speelt hier tevens een rol in. De leidinggevende zou een rol kunnen spelen bij de implementatie, aangezien 28 respondenten ondersteuning vanuit de leidinggevende wenselijk acht.

## 4.2 Resultaten deelvraag 4:

*Welke suggesties hebben oplossingsgerichte therapeuten om de oplossingsgerichte methodiek, binnen de afdeling behandeling, te implementeren?*

Om inzicht te krijgen in de benodigde strategieën, hulpmiddelen en suggesties, om de oplossingsgerichte methodiek te implementeren, is er gebruik gemaakt van antwoorden verkregen uit drie interviews met oplossingsgerichte professionals. In de hierop volgende tekst kunnen antwoorden worden herleid aan de hand van de functies van de ondervraagden, te noemen: gedragskundige, GZ-psycholoog en coördinator zorgprogramma (zie tabel 3 in het hoofdstuk methoden van onderzoek voor meer informatie).

*Algemene vragen (voordelen, nadelen, aansluiting bij de doelgroep)*

Twee van de drie medewerkers (gedragskundige en GZ-psycholoog) geven aan dat oplossingsgericht werken een diagnose overstijgende manier van werken is. Het gaat niet om de stoornis, het gaat over de problemen die daardoor ontstaan. Een stoornis kan met oplossingsgerichte gesprekken niet worden weggenomen, maar de problemen die daardoor ontstaan kunnen wel worden aangepakt. Voor iedereen die kan benoemen wat hem of haar hindert en die kan nadenken over wat hij of zij daar zelf anders in wil doen, biedt de oplossingsgerichte manier van vragenstellen een uitkomst. De GZ-psycholoog zegt daarover het volgende: *“Hersenletsel is complex. En omdat hersenletsel zo complex is, sluiten veel protocollen vanuit de GGZ cognitief niet aan bij de doelgroep. Dat is het nadeel van aanbodgericht werken en kijken wat je als organisatie al in huis hebt om een doelgroep te ondersteunen”*. Alle drie de ondervraagden geven aan dat oplossingsgericht werken ervoor wil zorgen dat de cliënt in zijn eigen kracht wordt gezet en zelf regie mag voeren. En dat is belangrijk volgens de gedragskundige die daarover zegt: *“mensen met hersenletsel hebben heel erg het gevoel dat hun de regie is ontnomen”*. Wat volgens twee van de drie ondervraagden (gedragskundige en GZ-psycholoog) helpend werkt, is dat oplossingsgericht werken de stappen klein houdt. Het ultieme doel van de cliënt is vaak terug naar het oude leven en daardoor wordt de lat hoog gelegd, wat leidt tot faalervaringen. Alle drie de professionals zeggen dat oplossingsgericht werken zich richt op succeservaringen. Met als resultaat dat de cliënt weer naar de toekomst durft te kijken. De gedragskundige en GZ-psycholoog geven aan dat de methodiek bij de doelgroep past, omdat ze vaak over een verminderd ziekte inzicht beschikken. Als iemand geen probleem ervaart kan er per definitie ook geen oplossing worden gevonden.

Alle drie de ondervraagden zeggen dat iedere methodiek zijn beperkingen kent. Zo ook de oplossingsgerichte methodiek. De gedragskundige zegt daarover het volgende: *“je moet de methodiek niet inzetten bij mensen met receptieve afasie, want daar zit hun beperking. Wat echter wel mogelijk is, is om met collega’s of met belangrijke andere personen rond de cliënt te onderzoeken waar de cliënt geluk door ervaart”*. De professionals zijn het er met elkaar over eens dat niet elke vraag of probleem te verhelpen is met deze methodiek, denk daarbij bijvoorbeeld aan een specifiek trauma. De GZ-psycholoog zegt daarover wel: *“mijn stelling en uitgangspunt is eigenlijk: probeer het oplossingsgericht, als dat niet lukt kan het altijd nog klachtgericht”*.

Alle drie de ondervraagden geven aan dat motivatie van belang is voor de cliënt, maar dit kan lastig zijn bij een beperkt ziekte-inzicht. De gedragskundige geeft aan dat dit kan worden omzeild met behulp van relatie vragen aan de directe omgeving van de cliënt.

*Medewerker vragen (vaardigheden, houding, leerproces)*

Eén professional geeft aan dat het oplossingsgericht is om als organisatie te kijken naar wat er nu al is en om daar bij aan te sluiten (gedragskundige). Zo krijgen medewerkers ook het gevoel dat ze niet iets heel nieuws hoeven te leren. De gedragskundige en GZ-psycholoog hebben het boek geschreven met de gedachte dat er met relatief weinig tijd toch oplossingsgericht kan worden gewerkt. De zorg coördinator ondersteunt deze visie. Daarnaast is het van belang dat je de medewerkers enthousiasmeert en faciliteert en misschien ook duwt of prikkelt om ze te laten oefenen met oplossingsgericht werken (GZ-psycholoog). Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden door het aanstellen van sleutelfiguren, die de medewerkers in beweging krijgen. Ondersteunend daaraan geven ze aan dat er scholingen moeten worden georganiseerd, terugkomdagen, workshops, rollenspellen en train de trainer cursussen (alle drie de ondervraagden).

Naast deze praktische punten moet er volgens alle drie de ondervraagden worden geïnvesteerd in het aanleren van de juiste houding van de medewerker. Daarbij hoort een gesprek over de visie op de mens en zorg. De zorg coördinator zegt hier het volgende over: *“iedereen in de organisatie (op welke afdeling je ook werkt) moet over de basishouding beschikken, je luistert zonder aannames naar een ander en kijkt waar zijn kracht ligt”*.

De drie professionals zeggen dat je zonder de juiste interventies, de gesprekstechnieken, toch oplossingsgericht kan werken. Het draait om de houding en visie van de medewerker. De medewerker moet echt geloven dat de cliënt ideeën heeft en dat hij alleen soms hulp nodig heeft om met die ideeën te komen. De GZ-psycholoog onderbouwt dit antwoord met de volgende uitspraak: *“dit proces start met bewustwording, wat ben je precies aan het doen en waarom?”*. De professionals zeggen dat de medewerker zich bewust moet zijn van het feit dat hij niet verantwoordelijk is voor het oplossen van het probleem van de cliënt. Dus daarover het gesprek aangaan en aan de cliënt vragen: *hoe zie jij je eigen rol? En kan dat misschien ook anders?* De zorg coördinator merkt dat het belangrijk is dat de medewerker zelf de kracht van oplossingsgericht ervaart. De uitdaging ligt volgens haar in het laten omarmen van een andere houding. De vaardigheid die daar volgens haar bij past is empathie. De andere twee ondervraagden ondersteunen dit antwoord en vullen aan met de volgende vaardigheden: luisteren, doorvragen, samenvatten en de niet-wetende houding.

#### *Organisatie vragen*

Volgens de drie ondervraagden zou InteraktContour met deze methodiek moeten werken, omdat het de cliënt in zijn waarde laat. Het is een manier van helpen die past bij de doelgroep en ze weer laat geloven in zichzelf. De visie van de zorg coördinator hierop: *“denk in de hele organisatie en niet alleen in de uitvoerende medewerker. Denk aan iedereen die daar om heen staat. Als je hier belt met de salarisadministratie, dan krijg je ook een oplossingsgericht antwoord”*. Ze zijn het met elkaar eens dat oplossingsgericht werken niet alle problemen gaat oplossen, maar het helpt de cliënt wel om weer te leren vertrouwen in zichzelf. De zorg coördinator omschrijft dat zij zeker opstart problemen hebben gekend bij het implementeren van de methodiek in de organisatie. Om deze reden onderschrijft ze het belang van het helder omschrijven en neerzetten van een visie. Ook moet een methodiek niet worden opgelegd, maar moeten mensen nieuwsgierig worden gemaakt om het te willen leren.

*Analyse*: hoewel de methodiek volgens twee ondervraagden minimale beperkingen kent, is hij goed inzetbaar bij mensen met NAH. Eventueel met een aantal aanpassingen, zoals voor mensen die problemen ondervinden in de communicatie. Ook is het geen oplossing voor mensen met een heel specifiek probleem (GZ-psycholoog). De drie ondervraagden geven aan dat oplossingsgericht werken ervoor wil zorgen dat de cliënt in zijn eigen kracht wordt gezet en zelf regie mag voeren. Het werkt helpend dat de methodiek zich richt op succeservaringen i.p.v. de vaak eerder ervaren faalervaringen (gedragskundige en GZ-psycholoog). De methodiek kan in een redelijk korte periode worden aangeleerd en is grotendeels terug te herleiden naar de houding en visie van de medewerker. De zorg coördinator onderschrijft daarin als enige dat hierin een cruciale rol voor de organisatie is weggelegd. Deze visie moet echter niet worden opgelegd, want dat kan zorgen voor weerstand. Er moet volgens de gedragskundige worden gekeken naar wat InteraktContour nu al bezit en hoe de methodiek daar bij aan zou kunnen sluiten. Medewerkers moeten worden gefaciliteerd en geënthousiasmeerd en zouden bijvoorbeeld door sleutelfiguren in beweging kunnen worden gezet.

### 4.3 Resultaten deelvraag 5:

*Hoe passen andere geestelijke gezondheidszorg instellingen oplossingsgericht werken toe bij hun cliënten?*

Om inzicht te krijgen in de ervaringen, suggesties en verbeteringen – omtrent het implementeren van de methodiek oplossingsgericht werken – is gebruik gemaakt van de verkregen antwoorden, voortkomend uit drie uitgevoerde interviews met zorgprofessionals van andere organisaties. In de hierop volgende tekst kunnen antwoorden worden herleid aan de hand van de functies van de ondervraagden, te noemen: werkbegeleider, persoonlijk begeleider wonen en cognitief behandelaar (zie tabel 4 in het hoofdstuk methoden van onderzoek voor meer informatie).

#### *De methodiek en de doelgroep*

De drie ondervraagden geven aan dat de gebruikte methodiek aansluit bij mensen met hersenletsel, omdat het cliënten helpt om verder te komen en het ze hun gevoel van eigen regie terug geeft. Alle drie de professionals zeggen dat de methodiek zorgt voor het anders benaderen van de cliënt. Je laat de cliënt in zijn waarde en geeft betekenis aan het leven. De professional probeert de cliënt zijn eigen oplossing te laten bedenken en vermijdt het zelf invullen en/of aanbodgericht werken. Hierdoor ervaart de cliënt eerder succeservaringen en leert te vertrouwen op zijn eigen kracht. De persoonlijk begeleider zegt hierover: *“cliënten moeten de kans krijgen om tegen de muur te lopen, zodat ze de volgende keer leren te bukken”*.

De drie medewerkers benoemen dat het werken volgens de oplossingsgerichte uitgangspunten vanzelfsprekend zou moeten zijn bij deze doelgroep. Dit, omdat je als medewerker op zoek gaat naar mogelijkheden om de cliënt centraal te zetten en zijn eigen regie terug te geven. De werkbegeleider zegt daarover: *“de cliënten zijn vaak al zo beperkt en beschadigd en door deze methodiek kunnen ze in ieder geval nog iets zelf beslissen of inbrengen. De insteek is positief en daarom is de uitkomst vaak ook positief”*.

De werkbegeleider vindt het een nadeel dat de methodiek niet bij elke cliënt met hersenletsel even goed toepasbaar is. Zij zegt daarover: *“omdat de methode wil voorkomen dat je als professional in gaat vullen, is het belangrijk dat de cliënt kan antwoorden op open vragen. Dat is met afasie moeilijk, maar kan deels ondervangen worden door het inzetten van communicatiemiddelen”*. Hoewel de methodiek aangeeft dat ziekte-inzicht niet per se nodig is, ervaren de persoonlijk begeleider wonen en de cognitief behandelaar dit wel als een obstakel in het behandeltraject. De cognitief behandelaar geeft daarnaast aan dat er voor moet worden gewaakt dat de positieve instelling van de professional niet overkomt als ongeloofwaardig, daarin moet een balans worden gevonden. Zij zegt verder: *“zonder motivatie kunnen mensen geen behandeling volgen”*.

#### *Vaardigheden van de medewerker*

Op de vraag over welke vaardigheden de medewerker moet beschikken om met deze methodiek te werken, zijn de antwoorden eenduidig. Het is van belang dat de medewerker over inlevingsvermogen/empathie beschikt, goed kan luisteren, samenvatten & parafraseren en kan ordenen. De werkbegeleider benoemt daarnaast ook dat de professional bereid moet zijn om naar zijn eigen houding te kijken en die verandert in een open houding. Daarnaast moet de medewerker niet direct te veel van zichzelf vragen en eisen, veranderingen doorvoeren kost tijd.

#### *Interventies uit de oplossingsgerichte methodiek*

Kijkend naar de interventies, uit de oplossingsgerichte methodiek, die veel worden ingezet bij de doelgroep met NAH gaat het in eerste instantie om de oplossingsgerichte houding van de medewerkers (volgens alle drie de ondervraagden). Die wordt door de cognitief behandelaar omschreven als positief, niet-wetend en empathisch. In gesprek met de cliënt ligt de focus op de manier van vragen stellen. Alle drie zeggen ze dat de vragen open zijn en ze vullen het antwoord van de cliënt niet in. Er wordt daarbij gebruik gemaakt van de wondervraag, de coping vraag, relatievraag en de schaalvraag. Het uitgangspunt zijn de mogelijkheden en wensen van de cliënt, de professional volgt het tempo van de cliënt.

### *Implementeren van de methodiek*

Sprekend uit hun ervaring geven de drie professionals aan dat er een combinatie van verschillende strategieën moet worden ingezet om deze methodiek eigen te maken en te implementeren. Suggesties die daarbij worden aangedragen zijn: het volgen van scholing(en), het beschikken over eenvoudige literatuur, terugkomdagen, oefenen van de methodiek (door middel van rollenspelen) en intervisie/supervisie. Maar daarnaast ook het hebben van sleutelfiguren waar je terecht kan met je vragen. Vooral het aanstellen van sleutelfiguren komt veelvuldig terug in het interview bij alle drie de ondervraagden.

De cognitief behandelaar zegt dat het van belang is dat de leidinggevende achter de methodiek staat, positief is en de medewerkers laat zien dat de methodiek effectief werkt. In het team moet er aandacht en ruimte zijn voor het oefenen met de methodiek. Ze zegt daarover: *“kijk naar de kwaliteiten van medewerkers, hun ontbrekende vaardigheden en wat ze nodig hebben om zich hierin te bekwamen”*. De cognitief behandelaar en persoonlijk begeleider wonen geven aan dat het helpt als het team zelf ook de oplossingsgerichte uitgangspunten toepast in de gespreksvorming met elkaar. Zo ervaren ze wat de methodiek hen kan opleveren en wordt het steeds meer vanzelfsprekend om hier mee te werken. De werkbegeleider geeft aan dat het belangrijk is dat de organisatie reële verwachtingen moet hebben en niet te snel iedereen moet willen scholen en vaardig willen maken. Start klein en wil niet direct te groot denken.

*Analyse:* het uitgangspunt van de methodiek, volgens alle drie de ondervraagden, is dat de professional de cliënt zijn eigen oplossing laat bedenken en deze niet voor hem invult. De cliënt wordt in zijn waarde gelaten. Vanuit de cliënt wordt daarbij wel verwacht dat hij of zij gemotiveerd is. De professionals geven verschillende antwoorden op de vraag of de methodiek ook zijn beperkingen kent. Afasie wordt hierbij genoemd door de werkbegeleider. De cognitief behandelaar en persoonlijk begeleider wonen benoemen een beperkt ziekte-inzicht als obstakel bij het toepassen van de methodiek. Ze zijn het er met elkaar over eens dat de medewerker over bepaalde vaardigheden moet beschikken. Daarbij is het van belang dat de medewerker bereid is om naar zijn eigen houding en visie te kijken. Hij of zij moet een oplossingsgerichte houding willen aannemen, waarbij hij zichzelf zowel positief, niet-wetend als empathisch opstelt. Om in een organisatie oplossingsgericht te werken, zouden er verschillende strategieën moeten worden ingezet om medewerkers hierin te ondersteunen. Het aanstellen van sleutelfiguren is daarbij een veelgenoemde strategie. De cognitief behandelaar geeft aan dat de instelling van de leidinggevende belangrijk is bij het implementeren van een methodiek. De persoonlijk begeleider wonen zegt dat er ook een rol voor het team in dit proces is weggelegd.

## 5. Conclusies

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen beschreven voortkomend uit het onderzoek, waarmee antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvraag: *“Hoe kan de methodiek oplossingsgericht werken, door medewerkers van de afdeling behandeling binnen InteraktContour, zo effectief mogelijk worden ingezet bij cliënten met niet aangeboren hersenletsel ter bevordering van de empowerment van de cliënt”*

Er zal worden gestart met de conclusies uit de theoretische deelvragen (deelvraag één en twee) en vervolgens komen de conclusies op deelvraag drie t/m vijf aan bod.

### Theoretische deelvragen

#### **Deelvraag 1.** *Welke randvoorwaarden zijn van belang voor een succesvolle implementatie, van de methode oplossingsgericht werken, bij kwetsbare doelgroepen binnen de GGZ?*

Het implementeren van een nieuwe methodiek moet starten met het verkrijgen van een heldere communicatie en informatieverstrekking (Wensing et al., 2010; Powell et al., 2015). Daarbij moet er aan de voorkant van het implementatieproces rekening worden gehouden met de kenmerken van de doelen en doelgroep, de sociale context, de veranderbereidheid, de verschillende fasen in het implementatietraject en structurele en omgevingsfactoren (Friele et al., 2010; Van der Linden, 2016). Wat betreft de randvoorwaarden gericht op medewerkers, is gebleken dat medewerkers het te bereiken resultaat moeten accepteren, omdat de mate van acceptatie bepaalt of de implementatie succesvol zal zijn (Friele et al., 2010). Volgens Van Gemert (2016) kan de maatschappelijk werker die het gevoel heeft zich de methodiek helemaal eigen te hebben gemaakt hem pas effectief inzetten. En voor dat eigen maken zijn volgens Bannink (in Van Gemert, 2016) veel ‘vlieguren’ nodig. Het implementeren van oplossingsgericht werken vraagt om een visieomslag van de behandelaar. Ook de juiste kennis, vaardigheden en de niet-wetende houding zijn van belang (Van de Glind et al, 2013). Een korte scholing, om de methodiek te implementeren, is niet afdoende om de methodiek voldoende onder de knie te krijgen.

Het is mede van belang dat de behandelaar achter de methodiek staat en ervaring op kan doen in de praktijk. Want door onvoldoende kennis van de werkwijze kan er een gebrek aan vertrouwen ontstaan in het beheersen van de methodiek (Van Gemert, 2016).

Dit kan worden ondervangen door het geven van praktische informatie, het ruimte bieden om te oefenen in de praktijk en het ervaren van de effecten van oplossingsgericht werken (Oosterlaken, 2015; Korte, 2007).

De mate van ervaren steun van het management en het team is tevens een randvoorwaarde voor het implementeren van een nieuwe methodiek (Wensing et al., 2010).

Een actieve inzet en een positieve instelling vanuit de organisatie, laat zich vertalen in het tonen van betrokkenheid door de professional in de methodiek. Dit draagt vervolgens bij aan het adequaat integreren van de oplossingsgerichte methodiek in de organisatie. En in het beheersen van de oplossingsgerichte methodiek door de professional (Oosterlaken, 2015).

#### **Deelvraag 2.** *Welke effectieve interventies, binnen de methodiek oplossingsgericht werken, kunnen worden ingezet bij cliënten met niet aangeboren hersenletsel om empowerment te stimuleren?*

Door gevolgen van het hersenletsel zullen wegen naar de gewenste toekomst van de cliënt gesloten zijn. De maatschappelijk werker kan deze blokkade samen met de cliënt opheffen door middel van het toepassen van de oplossingsgerichte methodiek (Klaver & Bannink, 2010). De rol van de behandelaar is om de cliënt te laten inzien dat het bewustwordingsproces in de cliënt zelf zit. Hier kan de behandelaar achter komen door te luisteren naar de cliënt en te onderzoeken wat er voor het probleem in de plaats moet komen (Van Zoelen & De Boer, 2018).

Het creëren van een reëel zelfbeeld is een effectieve interventie die bijdraagt aan het slagen van de behandeling volgens Hersoug et al (2010). Het stilstaan bij krachten en oplossingen zorgt voor positiviteit en empowerment en het stelt de cliënt daarnaast in staat zijn eigen leven actief vorm te geven. Het effect is nog krachtiger als de cliënt zelf met die oplossing gekomen is (Van Zoelen & De Boer, 2018).

Een maatschappelijk werker en een cliënt die samen zoeken naar de sterke kanten en hulpbronnen, zoals ondersteuning door familie of vrienden, krijgen gemakkelijker een constructieve samenwerkingsrelatie (Cepeda & Davenport, 2006).

Die constructieve samenwerkingsrelatie tussen de cliënt en professional helpt om het herstel te optimaliseren. Door verder actief te luisteren kan de professional met de cliënt uitzoeken wat er voor de problemen in de plaats moet komen. Het samen zoeken naar succeservaringen, om een gelijkwaardiger profiel voor de cliënt te creëren, draagt bij aan het realiseren van veranderingen (Quick & Gizzo, 2007). Uit onderzoek van Anderson en Goolishian (1992) en Castonguay et al (2006) is daarnaast gebleken dat de effectiviteit van de behandeling terug te herleiden is naar de open houding en het vermogen van de professional om zich bij te laten sturen. Bannink (2005) vult hierop aan dat het effectief is om te praten over wat goed gaat. En dat er daarnaast wordt gezocht naar uitzonderingen op het ervaren probleem. Dit zorgt tevens voor een positief effect op het zelfvertrouwen, empowerment van de cliënt en het vertrouwen dat een gekozen aanpak effect zal hebben (Klaver & Bannink, 2010).

Hur (2006) veronderstelt dat de maatschappelijk werker, tijdens gesprekken met de cliënt, altijd aandacht moet hebben voor zingeving, competentie, zelfbeschikking en impact. Dit zijn de vier hoofdcomponenten die leiden tot empowerment van de cliënt. Het perspectief van de professional op de grenzen van de eigen kracht bepaalt namelijk mede het handelen van de maatschappelijk werker (Sprenkle & Blow, 2004).

Hoewel er nog niet veel onderzoek is gedaan naar de effecten van oplossingsgericht werken op mensen met niet aangeboren hersenletsel is het wel duidelijk geworden dat er interventies zijn die bijdragen aan empowerment. Cliënten geven zelf aan dat de maatschappelijk werker moet zoeken naar krachten en oplossingen, geen doelen voor de cliënt formuleert, schaal- en wondervragen stelt en zoekt naar uitzonderingen op het probleem (Woods et al., 2011).

### Praktische deelvragen

**Deelvraag 3.** *Welke ondersteuning hebben medewerkers, van de afdeling behandeling, nodig om oplossingsgericht te werken bij mensen met niet aangeboren hersenletsel?*

Het responspercentage, onder medewerkers van de afdeling behandeling, was 50,8%. Dit maakt het onderzoek representatief voor de afdeling behandeling van InteraktContour. Uit het praktijkonderzoek kwam naar voren dat een groot gedeelte van de medewerkers zich kan identificeren met de oplossingsgerichte methodiek. Dit is van belang, gezien het feit dat dit een voorwaarde is voor het succesvol implementeren van een nieuwe methodiek (Smith, 2011).

Daarnaast werd er een positief percentage behaald als het gaat om het identificeren met de richting die de organisatie op wil gaan. Een overeenstemming tussen de koers van de organisatie en de behandelaar is van belang voor de organisatiebinding, motivatie en het eigen maken van een nieuwe methodiek (Oosterlaken, 2015).

Uit de literatuur kwam verder naar voren dat het belangrijk is om medewerkers op tijd te betrekken bij het implementatieproces en daarbij te communiceren over de producten of resultaten (Friele et al., 2010). Het praktijkonderzoek liet echter zien dat een groot gedeelte van de medewerkers voor de antwoordoptie neutraal en oneens heeft gekozen, bij de vraag gericht op betrokkenheid (op de Likertschaal). Hier lijkt een aandachtspunt te liggen, omdat een groot aantal medewerkers op dit moment de communicatie en informatievoorziening onvoldoende of als neutraal beoordeeld.

Hoewel medewerkers aangeven steun van collega's, de leidinggevende en organisatie belangrijk te vinden, laten de resultaten tevens zien dat lang niet alles medewerkers die steun nu al ervaren. Ook uit de open antwoorden komt naar voren dat medewerkers weerstand voelen tegen een nieuwe methodiek als er te weinig tijd voor is, te weinig informatie over is en er te veel veranderingen zijn. Er worden op dit moment weinig maatregelen getroffen om methodisch te kunnen werken. Om te komen tot implementatie van de oplossingsgerichte methodiek spreken medewerkers hun voorkeur uit voor het volgen van een training/scholing en het oefenen met praktijksituaties. Oosterlaken (2015) zegt daarover dat dit de behandelaar in staat kan stellen om zich te identificeren met de methodiek. Bannink (in Gemert, 2016) zegt daarbij wel dat alleen een scholing niet voldoende is, maar dat de medewerker voldoende "vliegreun" moet maken. Hier ligt ook de voorkeur van de medewerkers van InteraktContour.

Daarnaast gaven de medewerkers aan behoefte te hebben om informatie te krijgen over oplossingsgericht werken en te willen sparren met collega's. Kijkend naar de rol die de leidinggevende in het implementatieproces kan spelen, vinden medewerkers het van belang dat hij aanwezig is en ze steunt en coacht. Wensing et al (2010) onderschrijven dit ook en geven aan dat steun van het management cruciaal is.

**Deelvraag 4.** *Welke suggesties hebben oplossingsgerichte therapeuten om de oplossingsgerichte methodiek, binnen de afdeling behandeling, te implementeren?*

De ondervraagden gaven aan dat oplossingsgericht werken aansluit bij de doelgroep mensen met niet aangeboren hersenletsel. Het kan ervoor zorgen dat de cliënt weer naar de toekomst durft te kijken en in zijn of haar kracht wordt gezet.

De therapeuten zeggen dat het van belang is dat InteraktContour aansluit bij wat er op dit moment is. Vanuit dat uitgangspunt kan vervolgens verder worden gebouwd. Hierdoor kan eventuele weerstand van medewerkers verminderd worden (zie enquête resultaten), want er hoeft niet iets totaal nieuws te worden aangeleerd. Dit start volgens hen met het schrijven van een nieuwe visie, een koers die het bedrijf wil uitzetten. Wensing et al (2010) zeggen hierover dat implementeren gezien moet worden als een organisatorisch proces, de organisatie moet veranderen. Dit kan volgens de ondervraagde therapeuten door de visie concreet te omschrijven. En door naast de uitgangspunten ook de gewenste uitvoering en weg naar het uitgangspunt toe te beschrijven.

Een onmisbaar onderdeel volgens de therapeuten, is de benodigde aanpassing in houding en visie van de medewerker die oplossingsgericht wenst te werken. Het werkt niet om dit op te leggen of om de medewerker te dwingen. De medewerker moet nieuwsgierig worden gemaakt en geprikkeld worden om het te willen leren. Dit kan volgens de ondervraagden deels al bereikt worden door de oplossingsgerichte basishouding in de hele organisatie door te voeren.

De medewerker moet zich daarnaast kunnen identificeren met de methodiek en moet daarvoor voldoende tijd en ruimte krijgen, dit wordt bevestigd door de literatuur (Van Gemert, 2016). Dit kan worden bewerkstelligd door het aanstellen van sleutelfiguren, een groepje mensen dat enthousiast is over de methodiek en dit probeert uit te dragen richting alle lagen van een organisatie. Het is daarnaast zaak dat de leidinggevende de visie uitdraagt en de sleutelfiguren en medewerkers steunt in het eigen maken van deze methode. Wat hieraan kan bijdragen is het organiseren van scholingen, beschikbaar stellen van literatuur en vooral medewerkers tijd geven om de methodiek te ervaren en ermee te oefenen in de praktijk. Deze antwoorden sluiten tevens aan bij de wensen van de medewerkers voortkomend uit de enquête.

**Deelvraag 5.** *Hoe passen andere geestelijke gezondheidszorg instellingen oplossingsgericht werken toe bij hun cliënten?*

Uit de antwoorden van de ondervraagden komt naar voren dat hoewel de methodiek passend is bij de doelgroep, er een aantal voorwaarden moet worden gesteld aan het gebruik ervan. Daarbij kan gedacht worden aan het bezitten van enig ziekte-inzicht, het hebben van intrinsieke motivatie en het vermogen om te communiceren met taal of een hulpmiddel.

Ook de medewerker moet over bepaalde vaardigheden beschikken om de oplossingsgerichte methodiek bij cliënten met hersenletsel in te zetten. Denk daarbij aan empathisch vermogen, luistervaardigheden, oplossingsgerichte houding, het kunnen ordenen en het vermogen tot samenvatten en parafraseren. Deze vaardigheden worden vanuit de literatuur door Zoelen & de Boer (2018) onderschreven.

Zoals hierboven aangestipt is de oplossingsgerichte houding van de medewerker van belang volgens de ondervraagden. Deze houding brengt ook oplossingsgerichte interventies met zich mee waarbij de cliënt altijd het uitgangspunt vormt en de professional daarbij volgend is. De ondervraagden vinden dit kenmerkend voor de methodiek, de cliënt is altijd in zijn eigen regie en geeft zo betekenis aan zijn leven. De samenwerkingsrelatie is daarom altijd het vertrekpunt van de medewerker, net zoals van Gemert (2016) en Schonberger et al (2006) dat omschrijven.

Om een organisatie mee te krijgen en medewerkers te enthousiasmeren stellen de therapeuten voor om een combinatie van strategieën in te zetten, waarbij de sleutelfiguur de kartrekker en lijnen uitzetter moet zijn. Ook onderschrijven zij, net als de literatuur, de rol van de leidinggevende en het team (Saks, 2006; Oosterlaken, 2015). Deze zijn essentieel in het eigen maken van de oplossingsgerichte vaardigheden en uitgangspunten.

Want als er een actieve inzet is vanuit de organisatie heeft dat effect op de wederkerigheid. En dit vertaalt zich in het tonen van betrokkenheid door de professional, het adequaat integreren in de organisatie en in het beheersen van de oplossingsgerichte methodiek (Oosterlaken, 2015). Tevens kan de organisatie volgens een ondervraagde bijdragen aan het eigen maken van de methodiek door te kijken naar de kwaliteiten van de medewerkers, hun ontbrekende vaardigheden en wat ze vervolgens nodig hebben om zich te bekwamen.

*“Hoe kan de methodiek oplossingsgericht werken, door medewerkers van de afdeling behandeling binnen InteraktContour, zo effectief mogelijk worden ingezet bij cliënten met niet aangeboren hersenletsel ter bevordering van de empowerment van de cliënt”*

Vanuit zowel het literatuur- als praktijkonderzoek is naar voren gekomen dat een succesvolle implementatie niet tot stand kan komen zonder een gedegen voorbereiding. Deze voorbereiding bevat een aantal aspecten welke onmisbaar zijn en die inzet vraagt op zowel organisatie- management- als medewerker niveau. De inzet van verschillende implementatie strategieën is volgens zowel de literatuur, de medewerkers op de werkvloer als de ondervraagde professionals noodzakelijk. Als het raamwerk staat is de kans het grootst dat de medewerker meegaat in de beweging en open staat voor een omslag in denken en handelen, nodig om oplossingsgericht te werken. Deze nieuwe oplossingsgerichte houding zal binnen heel InteraktContour moeten worden omarmd. Naast deze omslag is het belangrijk dat medewerkers worden geschoold, daarbij de passende interventies leren, eigen maken en vertrouwen krijgen in het inzetten van de methodiek bij cliënten. Het uitgangspunt en de basis van de behandeling is de samenwerkingsrelatie met de cliënt met NAH en de oplossingsgerichte houding. Deze twee elementen bevatten de kern van wat oplossingsgericht werken zou moeten zijn bij deze specifieke doelgroep. Door sleutelfiguren aan te stellen die het proces van dichtbij begeleiden en ondersteunen worden er korte lijntjes getrokken tussen het management en de betrokken medewerkers. Literatuuronderzoek liet namelijk de rol en invloed van de leidinggevende en het team zien. Samenvattend laat dit onderzoek zien dat een effectieve implementatie van oplossingsgericht werken ligt in zowel de voorbereiding, uitvoering, als houding en visie van zowel de organisatie als de medewerker.

## 6. Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande conclusies worden nu een aantal aanbevelingen geformuleerd die afkomstig zijn uit het literatuur- en praktijkonderzoek.

- Het is aan te raden om een visie te schrijven waarin er richting wordt gekozen voor de organisatie. Een onderdeel van deze visie kan zich richten op de methodiek oplossingsgericht werken. In de omschrijving van de visie moet er aandacht worden geschonken aan de uitgangspunten, de uitwerking daarop en de communicatie daarvan richting de medewerkers. De literatuur en het praktijkonderzoek onderschrijven dit. De visie moet duidelijk maken wat de doelstelling is en dient als bron van motivatie en inspiratie voor het personeel van InteraktContour. Om deze visie tot stand te brengen is samenwerking en contact met medewerkers van belang. De visie kan als agendapunt worden geformuleerd voor de kwartaal overleggen waar vaker bedrijf gerelateerde onderwerpen worden besproken. Medewerkers van InteraktContour voelen zich op dit moment namelijk nog niet erg betrokken bij het implementeren van een nieuwe methodiek. Door medewerkers vanaf het begin af aan mee te nemen in de beweging kan hier een inhaalslag in worden gemaakt, dit start met het formuleren van een gezamenlijke visie. Tijdens het kwartaaloverleg kan er o.a. worden gesproken over verantwoordelijkheden, resultaten en het borgen van de visie. Medewerkers krijgen zo de kans om mee te denken over welke combinatie van strategieën in welke fase van het traject voor de specifieke doelgroep het meest passend is. Het vervolg op dit eenmalige overleg kan zijn dat ieder team een afgevaardigde aanstelt die betrokken blijft bij het tot stand brengen van de visie. Het lijkt namelijk niet realistisch om alle medewerkers continu bij het proces te betrekken, dit zou te veel tijd en kosten met zich meebrengen. De aangestelde persoon slaat een brug tussen het management en de werkvloer. Het management kijkt samen met deze groep medewerkers wat er nodig is om die visie tot uiting te brengen. De samengestelde groep blijft informatie halen bij de medewerkers en helpt om de vertaalslag te maken naar het management.

- Om de oplossingsgerichte methodiek te implementeren binnen InteraktContour is het aan te raden om sleutelfiguren aan te stellen en klankbordgroepen te organiseren. Tijdens de wekelijkse team overleggen kan worden besproken welke medewerker van het team de rol van sleutelfiguur zou willen aannemen en verantwoordelijk wordt voor het verspreiden van informatie rondom oplossingsgericht werken. Op dit moment werkt InteraktContour al met de functie taakhouderschap binnen de teams. InteraktContour kan de functie sleutelfiguur oplossingsgericht werken toevoegen aan het lijstje taakhouderschap binnen het team. Ieder teamlid heeft de verantwoordelijkheid voor een taak en daardoor is de kans groter dat de taak ook daadwerkelijk wordt volbracht. Belangrijk gegeven hierbij is wel dat de sleutelfiguur een persoon moet zijn die goed is geïntegreerd in de organisatie. De hoofdbehandelaar uit het team kan hierop toezien.

De sleutelfiguren staan met elkaar in contact en maken met het team een plan voor het eigen maken van de houding en visie, nodig voor het oplossingsgericht werken. Dit kan een onderdeel vormen van het teamplan, wat InteraktContour op dit moment al aan het opzetten is.

De klankbordgroepen zouden meer centraal moeten worden geregeld en kunnen vanuit de roosteradministratie worden ingepland. De ondervraagden in dit onderzoek gaven aan dat het van belang is dat de organisatie sleutelfiguren aanstelt die de visie van de organisatie uitdragen en die fungeren als klankbord voor de medewerkers.
- InteraktContour doet er goed aan om gebruik te maken van de kennis die er op dit moment, binnen de overkoepelende organisatie Hersenz, al aanwezig is. Deze kennis kan helpend zijn in het bepalen van geschikte implementatie strategieën.

Het is aan te raden om te kijken in de keuken van een organisatie als Gemiva, waar oplossingsgericht werken in de hele organisatie is ingebed. Op managementniveau kan het tijdens deze bezoeken gaan over de gebruikte implementatie strategieën en valkuilen van de methodiek. De andere organisatie(s) kunnen tevens ondersteunen bij de implementatie strategieën door het opzetten of faciliteren van workshops over oplossingsgericht werken. Dit hebben ze tijdens de interviews al aangeboden.

Daarnaast kan er een soort buddy systeem worden opgezet. Een medewerker van InteraktContour wordt gekoppeld aan een medewerker van een andere organisatie (zoals Gemiva). Dit contact biedt medewerkers de mogelijkheid om casussen te bespreken en de methodiek in de praktijk te zien (werken). Medewerkers geven namelijk aan dat het oefenen van de methodiek en het hebben van intervisie en supervisie onderdelen moeten zijn van het implementatietraject. Hier moeten wel duidelijke afspraken over worden gemaakt, om het kostenplaatje te kaderen.

Wat een mooie eerste stap zou kunnen zijn is dat de aangestelde sleutelfiguren mee gaan lopen bij de andere organisaties. De ervaringen en gesprekken die zij daar hebben kunnen tevens leiden tot input voor de visie en/of de uitvoering daarvan.
- Vervolgonderzoek zou kunnen focussen op de doelgroep mensen met niet aangeboren-hersenletsel in relatie tot oplossingsgericht werken. Aan de hand van dit onderzoek is naar voren gekomen dat er weinig bekend is over de effectiviteit van de methodiek en helemaal niet in combinatie met de doelgroep. Om een volledig beeld van de effectiviteit van oplossingsgericht werken te krijgen, is aanvullend onderzoek nodig waarin de doelgroep zelf ook wordt betrokken. Een mogelijke onderzoeksvraag zou kunnen zijn: *“Hoe kan de methodiek oplossingsgericht werken, bij cliënten met niet aangeboren hersenletsel, zo effectief mogelijk worden ingezet ter bevordering van de empowerment van de cliënt?”*. Echter door de nieuwe AVG wet (Algemene Verordening Gegevensbescherming) kan het moeilijker worden om cliënten bij het onderzoek te betrekken. Vooraf zal er daarom aandacht moeten worden geschonken aan de regels die voortvloeien uit de hernieuwde versie van deze wet.

## 7. Discussie

In dit onderzoek is geprobeerd om de representativiteit, betrouwbaarheid en validiteit te waarborgen. Zo is er veel aandacht besteed aan de methodologie en hebben er meerdere pre-tests plaatsgevonden voor zowel de enquêtes als de interviews. Hiervoor zijn mensen uit het werkveld benaderd. Er is geen steekproef uitgevoerd, voor het afnemen van de enquête, maar de gehele populatie (afdeling behandeling) is als uitgangspunt genomen. In dit onderzoek zijn de geënquêteerden tweemaal herinnerd aan dit onderzoek middels een mail. Een aantal personen konden persoonlijk worden aangesproken tijdens een overleg. Bij een volgend onderzoek zou een hoger responspercentage kunnen worden bereikt door alle teams persoonlijk langs te gaan. Eventueel zou er tijdens een overleg zelfs ruimte kunnen worden gemaakt om de enquête ter plekke in te vullen.

Omdat het onderzoek op basis van de gehele populatie is uitgevoerd, kan er voorzichtig worden geconcludeerd dat de resultaten hetzelfde zouden zijn bij een herhaalbaarheid van het onderzoek. Daarmee is getracht de externe validiteit te vergroten. Echter zorgt dit er wel voor dat het onderzoek waarschijnlijk alleen intern te gebruiken is. Toekomstig onderzoek zal dus als doel kunnen hebben om medewerkers van andere organisaties die werken met mensen met NAH te betrekken. Zodat de conclusies van dit onderzoek generaliseerbaar zijn voor de gehele populatie. Dit kan mogelijk gerealiseerd worden door meerdere vestigingen van Hersenz te betrekken in een dergelijk onderzoek, bijvoorbeeld de organisatie Gemiva (die al zijdelings betrokken is geraakt tijdens dit onderzoek).

Om de constructvaliditeit te verhogen voor de interviews, is de topiclijst samengesteld op basis van literatuur en verkregen informatie uit de enquête. Door te werken met een topiclijst is er getracht de interne validiteit te verhogen. Wat echter een kritisch punt in dit onderzoek kan zijn, is de invloed van het gedrag en de wijze van vragen stellen van de onderzoeker op de antwoorden uit de interviews. Het is daarnaast zaak, dat de onderzoeker zijn persoonlijke mening niet van invloed laat zijn op de onderzoeksresultaten. Om deze reden hebben er tijdens het opzetten en uitwerken van zowel de enquêtes als de interviews meerdere pre-tests plaatsgevonden. Mede om ervoor te zorgen dat de objectiviteit van de onderzoeker gewaarborgd bleef. De betrouwbaarheid is verhoogd door veelvuldig te rapporteren en evalueren, voornamelijk in de vorm van transcripties.

De toegankelijkheid en relevantie van de enquête hangt samen met de kwaliteit van de onderzoeker en de onderzoeksopzet. De dataverzamelmethode is hier ondergeschikt aan. Vooraf is er extra aandacht besteedt aan de begripsvaliditeit door begrippen af te bakenen en omschrijven. Echter een nadeel aan enquêtes, ten opzichte van interviews, is dat de onderzoeker geen extra uitleg kan geven als dit toch wenselijk wordt geacht voor de respondent. Ondanks de pre-tests kwam er na afloop van de enquête één vraag terecht bij de onderzoeker over het begrip leidinggevende. Dit begrip was in de enquête niet nader gespecificeerd, maar leverde achteraf dus door in ieder geval één respondent vragen op. Wat de invloed hiervan op het invullen van de vragen is geweest is niet bekend.

Tot slot is er nog het probleem van non-respons bij enquêtes. Niet alle uitgenodigde respondenten reageren op het verzoek tot invullen van een enquête. Wanneer de respondenten verschillen van de niet reagerende respondenten, op de kenmerken die centraal staan in het onderzoek, kunnen er non respons fouten optreden (De Leeuw, 2009). Om het risico hierop zo laag mogelijk te houden is er door de onderzoeker getracht om het respondent percentage zo hoog mogelijk te krijgen. Dit is gedaan door het sturen van een herinneringsmail en het persoonlijk benaderen van respondenten.

Achteraf is duidelijk geworden dat enkele vragen uit de enquête niet direct van toegevoegde waarde zijn geweest voor het beantwoorden van de deelvragen. Denk daarbij aan de vragen die betrekking hadden op de leidinggevende. De onderzoeker had hierbij meer moeten focussen op de belangrijkste conclusies uit de deelvragen. Een mogelijk tweede onderzoeker had kritisch mee kunnen denken en helpen met het schrappen van overbodige informatie. Dit had de nauwkeurigheid van het onderzoek wellicht ten goede kunnen komen. Bovendien kunnen twee onderzoekers kritischer kijken naar de interpretaties van de resultaten van zowel de enquête als de interviews.

In het oorspronkelijke plan van aanpak werd er gesproken over meer professionals dan dat er uiteindelijk zijn geïnterviewd. Voor deelvraag vier is de betreffende therapeut en auteur van het boek *'samen werkt het beter, oplossingsgericht werken in de gehandicaptenzorg'* afgehaakt wegens tijdsgebrek. De andere professional voor deelvraag vijf is vanwege tijdsgebrek van de onderzoeker niet meegenomen in het onderzoek. Hierdoor kan er, net als bij de enquête, sprake zijn van non-respons fouten als de antwoorden zouden verschillen van de ondervraagden. Met meer tijd en middelen was het wellicht mogelijk geweest om meer mensen bij het onderzoek te betrekken.

Bij het literatuuronderzoek is er getracht, om een zo groot mogelijke diversiteit aan bronnen te raadplegen. Dit om ervoor te zorgen, dat er een zo compleet mogelijk beeld ontstond over oplossingsgericht werken bij mensen met NAH. Helaas zijn er op dit moment nog niet veel specifieke bronnen die bewijzen leveren dat deze methodiek aansluit bij de doelgroep. Er zijn sowieso nog niet veel resultaten die uitwijzen dat de methodiek effectief werkt, hoewel dit aantal de laatste jaren wel groeit. Verder onderzoek is noodzakelijk om vast te stellen of deze methodiek effectief kan worden ingezet bij de doelgroep.

Een spijtige keuze is de gemaakte beslissing om geen cliënten met NAH in het onderzoek te betrekken. Vooraf heeft de onderzoeker daarin niet de juiste afweging gemaakt, omdat er verwacht werd dat er al meer bekend was over de doelgroep (in relatie tot oplossingsgericht werken) dan daadwerkelijk het geval was. De antwoorden in het onderzoek en de positieve bevindingen van de ondervraagden zeggen dus niet iets over de ervaringen van de cliënt. Hoewel zij tijdens de interviews hier wel naar refereren. Een volgend verkennend onderzoek zou zich om deze reden kunnen richten op de ervaringen van de cliënten in het werken met de betreffende methodiek.

## 8. Literatuurlijst

1. Abbott, S., & McConkey, R. (2006). The barriers to social inclusion as perceived by people with intellectual disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 10*(3), 275-287.
2. Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert; a not-knowing approach to therapy. In S. McNamee, & K. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25-39). London: Sage.
3. Ball, M., Whittington, F., Perkins, M., Patterson, V., Hollingsworth, C., King, S., & Bess, L. (2000) Quality of life in assisted living facilities: Viewpoints of Residents. *Journal of Applied Gerontology, 19*(3), 304-325. Georgia State University.
4. Bannink, F. (2005). De kracht van oplossingsgerichte therapie: een vorm van gedragstherapie. *Gedragstherapie 2005, 38*, 5-16. Amsterdam: Boom uitgevers
5. Bannink, F. (2006). De geboorte van oplossingsgerichte cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie 2006, 39*, 171-183. Amsterdam: Boom uitgevers
6. Bannink, F. (2013). *Oplossingsgerichte vragen: Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson Assessment en Information B.V.
7. Bartelink, C. (2011). *Oplossingsgerichte therapie*. Nederlands Jeugd Instituut.
8. Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom lemma uitgevers
9. Calis, J. (2006). *Beoordelen van wilsonbekwaamheid binnen Reinaerde: Werk Wijzer Reinaerde*. Utrecht: Reinaerde.
10. Castonguay, L.G., Constantino, M.J. & Holtforth, G.M. (2006). The Working Alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training, 43*(3), 271-279.
11. Cauffman, L. (2003). *Oplossingsgericht Management: Simpel werkt het best* (2<sup>e</sup> druk). Amsterdam: Boom Lemma uitgevers
12. Cepeda, L., & Davenport, D. (2006) Person-centered therapy and solution-focused brief therapy: An integration of present and future awareness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(1), 1-12. Chicago.
13. Corcoran, J., & Pillai, V. (2009). A review of the research on solution-focused therapy. *British Journal of Social Work, 39*(2), 234-242.
14. De Leeuw, E.D. (2009). *Passen en meten online: De kwaliteit van Internet enquêtes. Ontwikkelingen in het Marktonderzoek: Jaarboek*. Geraadpleegd op 9 juli, van: <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/37331/ORATIE++EDITH+deLeeuw.pdf?sequence=1>
15. De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, A., Trepper, T., McCollum, E., & Berg, K. (2008). *Oplossingsgerichte therapie in de praktijk: Wonderen die werken*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers
16. De Shazer, S., & Berg, K. (2017). *Oplossingsgericht werken in social werk: Interventiebeschrijving*. Utrecht: Movisie.
17. De Vries, S. (2010). *Basismethodiek Psychosociale Hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
18. De Vries, S., & Prüst, H. (2017). *Oplossingsgericht werken in het sociaal werk: Interventiebeschrijving*. Utrecht: Movisie.
19. Friele, R., Van der Niet, A., & Heiligers, P. (2010). *Contextfactoren voor succesvolle implementatie*. Utrecht: Nivel,
20. Gingerich, W. & Eisengart, S. (2000). Solution focused brief therapy: A review of outcome research. *Family Process, 39*(4), 477-496.
21. Greene, G.J., Lee, M.Y., & Hoffpauir, S. (2005). The languages of empowerment and strengths in clinical social work: A constructivist perspective. *Families in society, 86*(2), 267-277.
22. Hermsen, L. (2005). *Leiderschap & succesvol veranderen: Welke rol spelen leidinggevenden bij veranderingen in organisaties?* Universiteit Utrecht
23. Hersenz (2018). *De unieke behandeling van Hersenz*. Geraadpleegd op 5 december 2018, van: <https://www.hersenz.nl/hersenletsel/behandeling-niet-aangeboren-hersenletsel>
24. Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O.E. & Monsen J.T. (2010). Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*(2), 145–159.

25. Horvath, A.O. & Greensberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233.
26. Horvath, A.O., Del Re, A.C., Fluckiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16.
27. Hur, M.H. (2006). Empowerment in terms of theoretical perspectives: Exploring a typology of the process and components across disciplines. *Journal of Community Psychology*, 34(5), 523-540.
28. InteraktContour (2018). *Jaarplan 2018; Jaarplan en begroting*. InteraktContour
29. InteraktContour (2018a). *Visie op de cliënt*. InteraktContour
30. InteraktContour (2018b). *Behandeling*. Geraadpleegd op 10 oktober 2018, van: <https://www.interaktcontour.nl/ik-ben-professional/behandeling>
31. Interaktcontour (2019). *Indicatie*. Geraadpleegd op 4 juni 2019, van: <https://www.interaktcontour.nl/indicatie>
32. Jansen, G., Batink, T. (2014) *Time to ACT!: Het basisboek voor professionals*. Zaltbommel: Uitgeverij Thema.
33. Klaver, M., & Bannink, F. (2010). Oplossingsgerichte therapie bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel. *Tijdschrift voor neuropsychologie*, 5(2), 11-19.
34. Kim, J. S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18(2), 107-116.
35. Korte, R. (2007). *The socialization of newcomers into organizations: Integrating learning and social exchange processes*. Proceedings of the Academy of Human Resource Development, Indianapolis.
36. Kwekkeboom, R., & Steyaert, J. (2008). *Wet maatschappelijke ondersteuning met het accent op meedoen*. Lectorenplatform Zorg en Welzijn.
37. Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York: Basic Books.
38. Lewis, T. F., & Osborn, C. J. (2004). Solution-focused counseling and motivational interviewing: A consideration of confluence. *Journal of Counseling & Development*, 82(1), 38-48.
39. Mintjes, E., Boeckhorst, F., & Hutschemaekers, G. (2010). Taxatie van cliëntposities ter verbetering van het behandelresultaat. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36(5), 319-331.
40. Movisie (2016). *Visueel werken aan oplossingen met eigen kracht*. Geraadpleegd op 23 oktober 2019, van: <https://www.movisie.nl/tool/visueel-werken-aan-oplossingen-eigen-kracht>
41. Myles, S (2004). Understanding and treating loss of sense of self following brain injury: A behavior analytic approach. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 487-504.
42. Myszor, P. (2005). *Solution focused therapy – more approaches*. Geraadpleegd op 4 november 2019, van <https://www.uncommon-knowledge.co.uk/training/hypnotherapy/Solution-Focused-Therapy.pdf>
43. Oosterlaken, K. (2015). *Socialisatie: dat is oplossingsgericht. Een studie naar faciliterende en belemmerende factoren in het socialisatieproces van professionals met betrekking tot Oplossingsgericht Werken*. Universiteit van Twente
44. Ownsworth, T., Turpin, M., Andrew, B. & Fleming, J. (2008). Participant perspectives on an individualized self-awareness intervention following stroke: A qualitative case study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(5/6), 692-712.
45. Peters, L., Jacobs, G., & Molleman, G. (2007). *Toolbox voor het meten van empowerment bij de einddoelgroep*. Woerden: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie.
46. Pipia-Stiles, M. (2016). *Northwell Health Announces Expansion of Concussion Program* (online afbeelding). Geraadpleegd op 20 november 2018, van: <https://www.northwell.edu/about/news/northwell-health-announces-expansion-concussion-program>
47. Powell, B., Waltz, T., Chinman, M., Damschroder, L., Smith, J., Matthieu., M., ... Kircher, J. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, 10(21). Geraadpleegd op 4 november, van: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0209-1>
48. Priebe, S. & McCabe. R. (2006). The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(429), 69–72.

49. Quick, E. K., & Gizzo, D. P. (2007). The "doing what works" group: A quantitative and qualitative analysis of solution-focused group therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 18(3), 65-84.
50. Saks, A.M. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of Managerial Psychology*, 21(7), 600-619
51. Schonberger, M., Humle, F. & Teadale, T.W. (2006). The development of the therapeutic alliance, patients' awareness and their compliance during the process of brain injury rehabilitation. *Brain injury*, 20(4), 445-454.
52. Schuurman, M. (2003). *Zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid van mensen met een verstandelijke handicap*. Uit: Rapport signalering Ethiek en Gezondheid.
53. Shirk, S. & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452-464.
54. Smith, I. (2011). A qualitative investigation into the effects of brief training in solution-focused therapy in a social work team. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(3), 335-348.
55. Sprenkle, D., & Blow, A. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113-129.
56. Stams, G.J., Dekovic, M., Buist, K. & Vries, L.de (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: Een meta analyse. *Gedragstherapie*, 39(2), 81-95.
57. Stejskal, T. (2012). Removing barriers to rehabilitation: Theory based family intervention in community settings after brain injury. *NeuroRehabilitation*, 31(1), 75-83.
58. Stolk, C. & Brandenburg, M. (2011). Inzicht in relatie met cliënt cruciaal bij oplossingsgericht werken. *Jeugd en Co, Kennis*, 5(18), 18-28.
59. Teater, A. (2013). Solution-Focused Brief Therapy (SFBT). In M. Davies (Red), *The Blackwell Companion to Social Work* (4de druk) (pp.480-483). Hoboken: Wiley-Blackwell
60. Thomas, M. (2006). The Contributing Factors of Change in a Therapeutic Process. *Contemporary Family Therapy*, 28(2), 201-210.
61. Tomori, C., & Bavelas, J. B. (2007). Using Microanalysis of Communication to Compare Solution-Focused and Client-Centered Therapies. *Journal of Family Psychotherapy*, 18(3), 25-43.
62. TransitieBureau (2012). *Decentralisatie betekent transitie & transformatie: Nieuwe verantwoordelijkheden, rollen en opgaven in maatschappelijke ondersteuning*. Transitiebureau
63. Universiteit Utrecht (z.d.). *Aandachtspunten voor het samenstellen van vragenlijsten voor wetenschappelijk onderzoek*. Geraadpleegd op 14 november 2018, van: <https://vkcc.uu.nl/vkcc/upper/knowledgeportal/Handboek%20praktijkonderzoek/het%20zelf%20ontwikkelen%20van%20vragenlijsten.aspx>
64. Van den Brink, E. (2006). *Zoek geen problemen maar Oplossingen: Een model voor een gezondheidsgerichte GGz*. GGZet Wetenschappelijk volume, 10(2), 4-18.
65. Van den Brom, S. (2009). *Welke elementen zijn van belang binnen een oplossingsgerichte behandeling voor multiprobleem gezinnen?*. Universiteit Utrecht
66. Van de Glind, I., Heinen, M., & van Achterberg, T. (2013). *Een pas op de plaats: Implementatie van leefstijlinterventies in de patiëntenzorg*. Radboud Universiteit Nijmegen
67. Van Gemert, F. (2016). *Gezondhuizen: Op weg naar oplossingsgericht werken. Een studie naar de implementatie van de oplossingsgerichte methode door zorgprofessionals van gezondheidscentrum Veldhuizen*. MSc Scriptie, Master Health & Society: Wageningen.
68. Van Kampen, J. (2009). *Besturingsfilosofie*. Nunspeet: InteraktContour.
69. Van Kampen, J. (2017). *Kwaliteitsverslag 2017*. Nunspeet: InteraktContour.
70. Van Kampen, J. (2018). *Bestuursverslag 2017*. Nunspeet: InteraktContour
71. Van der Linden, B.A. (2016). Implementatie: Vakgebied dat volwassen wordt. *Kwaliteit van zorg*, 2, 4-8. Meppel: Ten Brink.
72. Van Splunteren, P. (2016). Implementatie van richtlijnen in de GGZ: Doet de GGZ de juiste dingen. *Kwaliteit van zorg*, 2, 12-14. Meppel: Ten Brink.
73. Van der Velde, M., Jansen, P., Dijkers, J. (2015). *Praktijkgericht onderzoek: Opzetten, uitvoeren, analyseren en rapporteren*. Hilversum: Concept uitgeefgroep
74. Van Zoelen, M., & De Boer, W. (2018). *Hoofdstuk opgelost*. Utrecht: Uitgeverij Breindok
75. Verbeek, R. (2009). Psychotherapie bij niet-aangeboren hersenletsel. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 1(3), 12-20.
76. Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

77. Verweij, L., Baines, R., Friele, R., Wagner, C. (2015). *Implementatie van doelmatige interventies vraagt kennis van de praktijk, aandacht voor de context en flexibiliteit: Evaluatie van het ZonMw Deelprogramma Implementatie*. Utrecht: Nivel.
78. Waalders, M. (2016). *E-Health na een beroerte: een verkennend onderzoek naar de mogelijkheden van computergestuurde training binnen de revalidatie van CVA-patiënten*. Universiteit Twente.
79. Wensing, M., Bal, R., Friele, R. (2012). Knowledge implementation in healthcare practice: a view from The Netherlands. *Quality and Safety*, 21(5), 439-442.
80. Wensing, M., Ouwens, M., Boerboom, L., Bal, R., de Bont, A., de Mul, M., .. Van der Niet, A. (2010). *Kennis van Implementatie Programma*. Erasmus universiteit Rotterdam.
81. Witteveen, E. (2007). 'Goeie snap van elkaar': Over de communicatie tussen professionals en mensen met een niet-aangeboren hersenletsel en hun mantelzorger. *Keypoint*, 31, 18-28.
82. Woods, K., Bond, C., Humphrey, N., Symes, W., & Green, L. (2011). *Systematic review of Solution Focused Brief Therapy (SFBT) with children and families*. University of Manchester.

## 9. Bijlagen

### Bijlage 1: Interviewschema

#### *Interviewschema deelvraag vier:*

##### **Introductie:**

Het doel van dit gesprek is om antwoord te krijgen op de deelvraag uit mijn scriptie over oplossingsgericht werken. Deze deelvraag richt zich op de suggesties die oplossingsgerichte therapeuten hebben om de oplossingsgerichte methodiek te implementeren in onze organisatie. Het interview zal ongeveer een uur in beslag nemen. De informatie wordt opgenomen in de scriptie over oplossingsgericht werken bij mensen met niet aangeboren hersenletsel. Deze wordt inzichtelijk gemaakt voor InteraktContour en zal aanbevelingen doen over het implementeren van de oplossingsgerichte methodiek.

##### **Hoofdonderwerp:**

##### Algemeen:

- Kan je uitleggen waarom en hoe je in aanraking bent gekomen met oplossingsgericht werken?
- Waarom vind je deze methodiek aansluiten bij de doelgroep mensen met NAH?
- Wat zijn de voordelen?
- Wat zijn de nadelen?
- 
- Op welke manier leren jullie medewerkers de methodiek oplossingsgericht werken aan?
- Waarom heb je voor deze manier van aanleren gekozen?
- Wat zijn de ervaringen met deze manier van aanleren? Feedback
- Zijn er ook andere manieren mogelijk, wat heeft de voorkeur?
- Speel je verder nog een rol in de implementatie op een andere manier in een organisatie?
- 
- Oplossingsgericht werken is meer dan een gesprekstechniek, hoe kan je medewerkers helpen aan een andere houding/visie?
- Hoe check je of een medewerker oprecht oplossingsgericht werkt en niet denkt dat hij of zij dit doet?
- Hoe waarborg je een aangeleerde methodiek? Wat is jullie rol daarin?
- Hoe heb je de methodiek zelf eigen gemaakt?

##### Medewerkers:

- Over welke vaardigheden moet de professional beschikken om oplossingsgericht te werken?
- Wat denk je dat medewerkers nodig hebben om de methodiek eigen te maken?
- Hoe bereikt een medewerker de juiste rol en expertise (stellen van vragen t.o.v. geven adviezen)
- Hoe leer je een medewerker de oplossingsgerichte basishouding?
- Wat en zijn er voorwaarden voor de medewerker om oplossingsgericht te willen werken?
- Zijn er valkuilen voor een medewerker die met deze methodiek wil werken?

### Organisatie:

- Waarom zou een organisatie als InteraktContour volgens jou moeten kiezen voor oplossingsgericht werken?
- Op welke manier kan de organisatie de medewerkers ondersteunen om oplossingsgericht te werken?
- Wat zijn de voorwaarden die gesteld moeten worden aan een organisatie die wil werken met deze methodiek?
- Wat is je advies aan een organisatie die overweegt om met deze methodiek te werken?
- Welke rol kan een leidinggevende spelen in het implementeren van deze methodiek?
- Welke rol kan een team spelen in het aanleren van een nieuwe methodiek?

### **Afsluiting:**

Onderwerp afbouwen en samenvatting geven, eventuele aanvullingen of opmerkingen.

### ***Interviewschema deelvraag vijf:***

#### **Introductie:**

Het doel van dit gesprek is om antwoord te krijgen op de deelvraag uit mijn scriptie over oplossingsgericht werken. Deze deelvraag richt zich op de suggesties die oplossingsgerichte professionals hebben om de oplossingsgerichte methodiek te implementeren in onze organisatie (InteraktContour). Om een antwoord te krijgen op deze vraag stel ik vragen over de opgestelde topiclijst, die ik vooraf heb opgestuurd. Verdiepende vragen en uitwijken van het oorspronkelijke onderwerp is mogelijk. Het interview zal ongeveer een uur in beslag nemen. De informatie wordt opgenomen in de scriptie over oplossingsgericht werken bij mensen met niet aangeboren hersenletsel. Deze wordt inzichtelijk gemaakt voor InteraktContour en zal aanbevelingen doen over het implementeren van de oplossingsgerichte methodiek.

#### **Hoofdonderwerp:**

##### Algemeen:

- Kan je uitleggen waarom en hoe je in aanraking bent gekomen met oplossingsgericht werken?
- Vind je deze methodiek aansluiten bij de doelgroep mensen met NAH (en waarom)?
- Wat zijn de voordelen van de methodiek?
- Wat zijn/zijn er nadelen aan de methodiek?
- Hoe heb je de methodiek eigen gemaakt?

##### Medewerkers:

- Over welke vaardigheden, denk je, dat de professional moet beschikken om oplossingsgericht te werken?
- Wat denk je dat medewerkers nodig hebben om de methodiek eigen te maken?
- Wat zijn de voorwaarden voor een medewerker om oplossingsgericht te willen werken?
- Zijn er valkuilen voor een medewerker die met deze methodiek wil werken?
- Wat kan je een medewerker meegeven die aan de slag wil met deze methodiek?
- Hoe ben je zelf begonnen met het toepassen van de methodiek?
- Liep je/Waar liep je tegenaan toen je startte met het toepassen van de methodiek?
- Heb je tips voor medewerkers die zich deze methodiek eigen proberen te maken?

### Methodiek bij cliënten:

- Hoe zet je de methodiek in bij je cliënten?
- Van welke interventies, uit de oplossingsgerichte methodiek, maak je gebruik?
- Waarom deze?
- Wat zijn de effecten van deze interventies
- Voordelen deze methodiek t.o.v. andere methodieken

### Organisatie:

- Waarom zou een organisatie als InteraktContour volgens jou moeten kiezen voor oplossingsgericht werken?
- Op welke manier kan de organisatie de medewerkers ondersteunen om oplossingsgericht te werken?
- Wat zijn de voorwaarden die gesteld moeten worden aan een organisatie die wil werken met deze methodiek?
- Wat is je advies aan een organisatie die overweegt om met deze methodiek te werken?
- Welke rol kan een leidinggevende spelen in het implementeren van deze methodiek?
- Welke rol kan een team spelen in het aanleren van een nieuwe methodiek?

### **Afsluiting:**

Onderwerp afbouwen en samenvatting geven, eventuele aanvullingen of opmerkingen.

## Bijlage 2: Enquête

Beste collega,

In het kader van mijn studie (Maatschappelijk werk en Dienstverlening) wil ik graag je medewerking vragen voor mijn onderzoek over het toepassen van de methodiek oplossingsgericht werken bij mensen met niet aangeboren hersenletsel. De vragenlijst zal gaan over hoe de organisatie jou het beste kan helpen om een nieuwe methodiek eigen te maken en wat je daarbij nodig denkt te hebben.

Het invullen van de vragenlijst neemt 10 tot 15 minuten van je tijd in beslag en bestaat voornamelijk uit stellingen en gesloten vragen. Je kunt de enquête invullen op het moment dat dat het beste uitkomt. Graag wil ik benadrukken dat je antwoorden strikt anoniem worden behandeld en verwerkt. Resultaten van dit onderzoek worden alleen gebruikt om uitspraken te doen over algemene verbanden, individuele antwoorden worden niet gerapporteerd en zijn ook niet als zodanig traceerbaar.

De vragenlijst kunt u vinden via bijgaande link. ....

Met de resultaten wordt een bijdrage geleverd aan de kennis over het eigen maken van een nieuwe methodiek in de praktijk en de rol van de organisatie hierin. De uitkomsten van dit onderzoek zullen worden gecommuniceerd met het management van InteraktContour.

Mocht je vragen hebben over de vragenlijst dan kun je contact met mij opnemen middels het volgende e-mailadres: [s.naafs@interaktcontour.nl](mailto:s.naafs@interaktcontour.nl)

Alvast hartelijk dank voor je medewerking!

Met vriendelijke groet,  
Sanne Naafs

## **Start vragenlijst:**

### *Oplossingsgericht werken:*

Oplossingsgericht werken streeft naar gelijkwaardigheid en eigen regie van de cliënt. Een oplossingsgerichte hulpverlener laat zijn eigen ideeën over wat een goede oplossing kan zijn voor zijn cliënten los. Hij of zij gaat met de cliënt in gesprek om te achterhalen welke hulpbronnen en oplossingen de cliënt zelf kan bedenken en inzetten. Oplossingsgerichte therapie houdt zich niet bezig met het probleemgedrag of klachten in het verleden of heden. Zij richt zich op gewenst gedrag in de toekomst en hoe dit gedrag te bereiken is. Een aantal methodieken van oplossingsgericht werken zijn: competentievragen, uitzonderingsvragen, coping vragen, schaalvragen, wondervraag.

#### **1. Ik ken de methode oplossingsgericht werken**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens

#### **2. Ik weet welke methodieken passen bij de methode oplossingsgericht werken**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens

#### **3. Ik kan mij identificeren met de methode oplossingsgericht werken:**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens 6. Anders, namelijk:

### *De medewerker:*

#### **4. Ik kan mij identificeren met de richting die onze organisatie op wil gaan (cliënt meer in eigen regie)**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens 6. Anders, namelijk:

#### **5. Ik heb er vertrouwen in dat over de vaardigheden beschik die ik nodig heb om mijn functie goed uit te kunnen voeren**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens 6. Anders, namelijk:

#### **6. Binnen onze organisatie bestaat een sterke betrokkenheid bij het invoeren van een nieuwe methodiek (denk aan de Yucel methode, ACT of oplossingsgericht werken)**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens 6. Anders, namelijk:

#### **7. In mijn organisatie helpen mensen elkaar om te leren (Collectieve kennis en vaardigheden worden ontwikkeld door het onderling uitwisselen van kennis en ervaringen)**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens 6. Anders, namelijk:

#### **8. Wat denk je nodig te hebben om een nieuwe methodiek goed uit te voeren?**

#### **9. Bij het veranderen van een werkwijze in een organisatie kan er weerstand ontstaan, welke reactie past het meest bij jou als persoon:**

1. De behoefte aan routine; ik wil hetgene blijven doen wat ik al deed
2. De emotionele reactie op verandering; ik ervaar stress om alles weer anders te gaan doen
3. De korte-termijn visie; waarom is dit nodig, het gaat nu toch goed?
4. Cognitieve Rigiditeit; ik begrijp niet waarom dit nodig is
5. Ze passen allemaal niet, want;

**10. Geef aan in hoeverre de volgende eigenschappen bij jou passen (de eigenschappen passen bij de methodiek oplossingsgericht werken):**

*(beheers ik – beheers ik niet (schaal van 0 tot 10))*

- Het centraal stellen van de cliënt als persoon
- Het aansluiten bij de perceptie en de situatie van de cliënt
- Het centraal stellen van de doelen van de cliënt
- Een gelijkwaardige, coöperatieve werkrelatie
- Toekomstgericht werken, niet/of weinig naar het verleden kijken
- Uitgaan en versterken van de eigen kracht en oplossingen van cliënten
- Niet richten op de problemen en klachten, maar op de krachten van de cliënten

*Het team:*

**11. Ik voel mij gesteund door mijn team**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens 6. Anders, namelijk:

**12. Als er wat nieuws staat te gebeuren binnen de organisatie, hebben we het hierover met het team en pakken we dit gezamenlijk op**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens 6. Anders, namelijk:

**13. Als er een nieuwe methodiek moet worden geïmplementeerd, heb ik het meeste aan (in volgorde van belangrijkheid)**

- Het stellen van vragen tijdens een bijeenkomst
- Het oefenen met casussen
- Een workshop
- Het in gesprek zijn met collega's
- Meelopen met een collega die de methodiek al toepast
- Met het team zelf iets organiseren, waarbij iedereen een eigen gedeelte voorbereid
- Anders, namelijk:

*De organisatie:*

**14. De informatie en communicatie binnen mijn organisatie is goed**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens 6. Anders, namelijk:

**15. Het is voor mij duidelijk welke verwachtingen de organisatie van mij heeft**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens 6. Anders, namelijk:

**16. Als er veranderingen binnen de organisatie worden verwacht, dan wordt ik hierover tijdig ingelicht**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens 6. Anders, namelijk:

**17. Ik ontvang tijdig de informatie die ik nodig heb om mijn werk te kunnen doen**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens 6. Anders, namelijk:

**18. Het aanbod (de Hersenz modules) van onze organisatie sluit aan bij de behoeften van cliënten**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens 6. Anders, namelijk:

**19. Ik voel mij ondersteund door de organisatie bij het uitvoeren van mijn werk**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens 6. Anders, namelijk:

**20. Binnen onze organisatie bestaat een sterke betrokkenheid bij het invoeren van een nieuwe methodiek**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens 6. Anders, namelijk:

**21. Onze organisatie treft voldoende maatregelen zodat medewerkers goed worden ingewerkt in methodisch werken**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens 6. Anders, namelijk:

**22. Mijn organisatie stelt mij voldoende tijd beschikbaar om de stappen van methodisch werken te integreren in mijn dagelijks werk**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens 6. Anders, namelijk:

*De leidinggevende:*

**23. Ik vind het hebben van een aanwezige en bereikbare leidinggevende:**

1. Erg belangrijk; 2. Belangrijk; 3. Neutraal; 4. Niet belangrijk; 5. Helemaal niet belangrijk

**24. Mijn leidinggevende ondersteunt mij. Ondersteuning kan worden opgevat als materiele ondersteuning van medewerkers door het bieden van concrete en praktische hulp, of als immateriële ondersteuning door het geven van emotionele hulp, advies en begeleiding:**

1. Erg belangrijk; 2. Belangrijk; 3. Neutraal; 4. Niet belangrijk; 5. Helemaal niet belangrijk

**25. Mijn leidinggevende voorziet mij van feedback op mijn handelen**

1. Erg belangrijk; 2. Belangrijk; 3. Neutraal; 4. Niet belangrijk; 5. Helemaal niet belangrijk

**26. Mijn leidinggevende stimuleert mij tot zelfreflectie op mijn handelen en gedrag**

1. Erg belangrijk; 2. Belangrijk; 3. Neutraal; 4. Niet belangrijk; 5. Helemaal niet belangrijk

**27. Mijn leidinggevende helpt mij doelen te stellen en deze te realiseren**

1. Erg belangrijk; 2. Belangrijk; 3. Neutraal; 4. Niet belangrijk; 5. Helemaal niet belangrijk

**28. Als mijn leidinggevende mij ondersteunt is de kans groot dat ik beter leer en mijn competenties ontwikkel**

1. Helemaal eens; 2. Eens; 3. Neutraal; 4. Oneens; 5. Helemaal oneens

**29. Aan de volgende leiderschapsstijl heb ik de meeste behoefte, als er in de organisatie wat moet veranderen:**

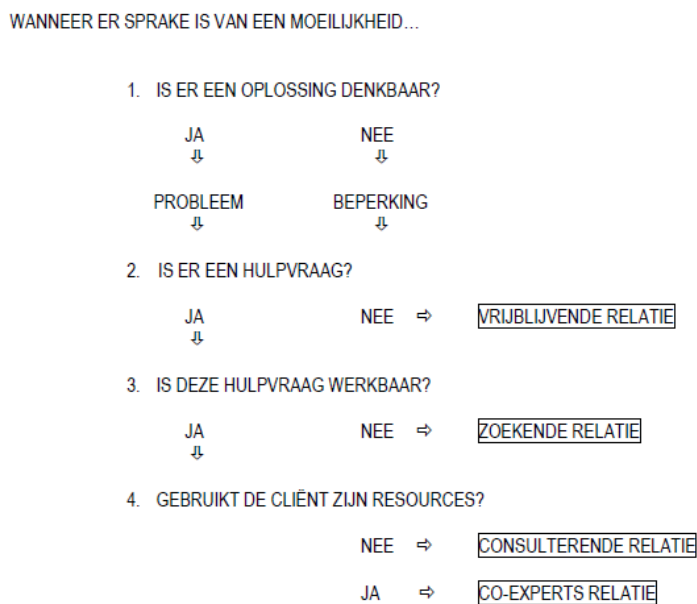
- Stijl 1: Sturen. De leider geeft specifieke instructies en houdt nauwgezet toezicht op de taakvervulling.
- Stijl 2: Coachen. De leider gaat door met sturen en nauwgezet toezicht houden op de taakvervulling, maar legt ook besluiten uit, vraagt om suggesties en moedigt voortgang aan.
- Stijl 3: Steunen. De leider vergemakkelijkt en ondersteunt de inspanningen van de medewerkers bij het uitvoeren van de taak en deelt de verantwoordelijkheid voor besluitvorming met hen.
- Stijl 4: Delegeren. De leider draagt de verantwoordelijkheid voor besluitvorming en probleemoplossing over aan zijn medewerkers.

**30. De volgende manier van leiding geven past het best bij mij als er wat moet veranderen op het werk:**

- Taakgerichte aansturing: uitleggen hoe het moet, deadlines stellen en bewaken
- Mensgerichte aansturing: coachen, ondersteunen, een klankbord zijn
- Een combinatie van beide antwoorden

## Bijlage 3: Flow-Chart

In deze bijlage is de Brugse Flow-Chart terug te vinden, dit kan gebruikt worden om de samenwerkingsrelatie te beschrijven. Het instrument kan bij elk contact en op elk moment worden ingezet. Het instrument geeft geen oordeel over de kwaliteit van de relatie, maar is een middel die de hulpverlener helpt de meest effectieve interventies voor de situatie te gebruiken (Van den Brink, 2006).



Figuur 2: de oplossingsgerichte flowchart. Overgenomen uit *Oplossingsgericht Management: Simpel werkt het best* van Cauffman, 2003, Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.

1. Is er een oplossing denkbaar? Bij oplossingsgericht denken gaat het erom dat een probleem wordt gedefinieerd door zijn oplossing, niet door de oorzaak. De interventie die hierbij ingezet wordt is het aanduiden van het onderscheid tussen het probleem en beperking. Wanneer de cliënt "accepteert" dat de beperkingen zijn wat ze zijn, kan de aandacht toegespitst worden op de gevolgen en het leren omgaan daarmee.
2. Is er een hulpvraag? Als de cliënt geen hulpvraag heeft dan is er sprake van een vrijblijvende relatie. Het heeft geen zin om hulp te bieden aan de cliënt. In dit stadium is het van belang om interventies in te zetten die gericht zijn op de samenwerkingsrelatie. Hierdoor kan er een context ontstaan waarin het formuleren van een hulpvraag mogelijk wordt. Wanneer er sprake is van een ongemotiveerde cliënt die alleen maar wil klagen (of die gestuurd is door een ander) kan er het beste gezocht worden naar competenties waar gecompimenteerd mee kan worden. De vragen moeten gericht zijn op de mogelijkheid om een hulpvraag te creëren. Ook door het geven van informatie over verwachtingen van de instelling of de professional kunnen er voor zorgen dat er keuzemogelijkheid ontstaan.
3. Is deze hulpvraag werkbaar? Bij een zoekende relatie is de hulpvraag niet werkbaar. Dit kan het geval zijn als de hulpvraag vaag omschreven wordt, een kluwen van deelproblemen bevat of auto annulerend is. Een aantal interventies kan helpen bij het formuleren van een werkbare hulpvraag. Het zoekgedrag van de cliënt positief bekrachtigen en hoop wekken dat verandering mogelijk is. Problemen verwijzen naar doelen en kunnen vertaald worden van algemene naar concrete termen. Het op zoek gaan naar uitzonderingen op het probleem in het verleden. Het gebruik maken van schaalvragen en verkleinen tot haalbare stappen. Daarbij kunnen contextvragen en relatievragen worden gesteld. Ook kan er gedacht worden aan observatie opdrachten en experimenten.

4. Gebruikt de cliënt zijn resources? Als de cliënt een werkbare hulpvraag heeft, wordt er gesproken van een consulterende relatie. Hierbij zijn er één of meerdere haalbare doelen, maar de cliënt weet niet hoe hij deze kan bereiken en welke hulpbronnen hij aan kan boren. Hierbij kunnen een aantal interventies helpend zijn. Het navragen wat al wel geprobeerd is (wie, wat, waar, wanneer, hoe) en het herhalen wat niet werkte. Hierbij kan het resultaat bijvoorbeeld wel bruikbaar zijn. Het geven van complimenten over ondernomen acties die bijdragen aan het doel. Het creëren van een context zodat de cliënt overzicht krijgt welke middelen toegepast kunnen worden om het doel te bereiken. Het formuleren van doe opdrachten, het herhalen van vertoond gedrag dat al eerder werkte. Dit kan gecombineerd worden met een observatie opdracht.

## Bijlage 4: Ruwe data resultaten

In tabel 9 is te zien welke antwoorden de respondenten hebben gegeven op de open vraag in de enquête: 'wat denk je nodig te hebben om een nieuwe methodiek goed uit te voeren?'

Tabel 9: antwoorden respondenten op vraag 8 uit de enquête

Gegeven antwoorden:	Aantal keren genoemd:
Oefenen in de praktijk	11
Informatie over de methodiek/theorie	9
Training/scholing	15
Handboek	1
Sparren met collega's/uitwisselen van collega's	6
Intervisie	4
Tijd	5
Casusbeschrijvingen	1
Feedback	3

De tabel 10 geeft de gegeven antwoorden weer:

Tabel 10: antwoorden respondenten op vraag 9 uit de enquête

Gegeven antwoorden:	Aantal keren genoemd:
We veranderen te vaak	1
Ontwikkelen is goed/ik hou van een uitdaging	9
Ik heb soms meer tijd nodig/ we krijgen vaak te weinig tijd	6
Ik ervaar geen weerstand als ik achter de motieven sta/of de meerwaarde zie	8
Behoefte aan verdieping, niet aan verandering	1

In tabel 11 is te zien hoe de respondenten hebben gereageerd op de stelling: ‘als er een nieuwe methodiek moet worden geïmplementeerd, heb ik het meeste aan (in volgorde van belangrijkheid, waarbij 1 staat voor het meest belangrijke punt)’

Tabel 11: antwoorden respondenten op vraag 19 uit de enquête

	1	2	3	4	5	6	TOTAL	SCORE
Een workshop	41.18% 14	14.71% 5	20.59% 7	14.71% 5	2.94% 1	5.88% 2	34	4.59
Meelopen met een collega die de methodiek al toepast	35.29% 12	14.71% 5	11.76% 4	23.53% 8	11.76% 4	2.94% 1	34	4.29
Het oefenen met casussen	5.88% 2	35.29% 12	23.53% 8	5.88% 2	23.53% 8	5.88% 2	34	3.76
Het in gesprek zijn met collega's	14.71% 5	11.76% 4	14.71% 5	38.24% 13	17.65% 6	2.94% 1	34	3.59
Het stellen van vragen tijdens een bijeenkomst	2.94% 1	14.71% 5	23.53% 8	11.76% 4	26.47% 9	20.59% 7	34	2.94
Met het team zelf iets organiseren, waarbij iedereen een eigen gedeelte voorbereid	0.00% 0	8.82% 3	5.88% 2	5.88% 2	17.65% 6	61.76% 21	34	1.82

In tabel 12 is te zien hoe de respondenten hebben gereageerd op de stelling: ‘aan de volgende leiderschapsstijl heb ik de meeste behoefte, als er in de organisatie wat moet veranderen (waarbij 1 staat voor geen behoefte en 5 voor heel veel behoefte):’

Tabel 12: antwoorden respondenten op vraag 35 uit de enquête

	1	2	3	4	5
Stijl 1: Sturen. De leider geeft specifieke instructies en houdt nauwgezet toezicht op de taakvervulling.	36.36% 12	30.30% 10	30.30% 10	6.06% 2	0.00% 0
Stijl 2: Coachen. De leider gaat door met sturen en nauwgezet toezicht houden op de taakvervulling, maar legt ook besluiten uit, vraagt om suggesties en moedigt voortgang aan	6.06% 2	12.12% 4	30.30% 10	36.36% 12	21.21% 7
Stijl 3: Steunen. De leider vergemakkelijkt en ondersteunt de inspanningen van de medewerkers bij het uitvoeren van de taak en deelt de verantwoordelijkheid voor besluitvorming met hen	0.00% 0	9.09% 3	12.12% 4	48.48% 16	33.33% 11
Stijl 4: Delegeren. De leider draagt de verantwoordelijkheid voor besluitvorming en probleemoplossing over aan zijn medewerkers	32.35% 11	17.65% 6	29.41% 10	17.65% 6	2.94% 1

# Plan van aanpak

Oplossingsgericht werken met mensen met niet-aangeboren hersenletsel

**Naam:** Sanne Naafs

**Plaats:** Hengelo

**Opdrachtgever:** InteraktContour

Hogeschool NTI

Maatschappelijk werk en dienstverlening

**Studentnummer:** 994855173

## Inhoudsopgave

Inleiding.....	57
1. Aanleiding .....	57
1.1 De opdrachtgever .....	57
1.2 Aanleiding van het onderzoek.....	59
1.3 Doel van het onderzoek .....	61
1.4 Betrokkenen.....	61
2. Probleemstelling.....	62
2.1 Probleemstelling .....	62
2.2 Deelvragen .....	62
3. Literatuurstudie.....	63
3.1 Deelvragen .....	63
4. Onderzoeksmethoden .....	65
4.1 Keuzes voor onderzoeksmethoden.....	65
5. Planning .....	69
Literatuurlijst.....	70
Bijlage: Organogram .....	71

## Inleiding

Dit plan van aanpak is geschreven door Sanne Naafs, student aan Hogeschool NTI, Maatschappelijk werk en Dienstverlening. Het plan van aanpak vormt het fundament en is de voorwaarde voor de scriptie. Tijdens het schrijven van de scriptie kan worden terug gevallen op het plan van aanpak.

InteraktContour is een organisatie voor mensen die problemen ervaren als gevolg van hersenletsel, na bijvoorbeeld een beroerte, ongeluk of een hersentumor. Hersenletsel verandert het leven van de cliënt en dat van hun directe omgeving. InteraktContour biedt behandeling, begeleiding, dagbesteding en 24-uurs zorg in Oost- en Midden-Nederland. In de strategie voor de komende jaren wil InteraktContour toe naar betekenisvol zeggenschap voor de cliënt. Het team en cliënten beslissen gezamenlijk over zaken die het verschil maken in het leven van cliënten (InteraktContour, 2018).

Dit is van belang, gezien de ontwikkelingen die plaats hebben gevonden en gaan vinden in de maatschappij en de gezondheidszorg. De maatschappelijke deelname van bijzondere aandachtsgroepen vormt een belangrijk onderdeel van deze stelselwijziging (Kwekkeboom & Steyaert, 2008). Om handen en voeten te geven aan deze ontwikkelingen binnen InteraktContour is er gezocht naar verschillende methodieken die aansluiten op de doelen, verwachtingen en voorwaarden binnen de gezondheidszorg. In de laatste koerswijziging is er daarom geopperd om meer te gaan werken volgens de oplossingsgerichte methodiek (InteraktContour, 2018a). Deze methodiek sluit aan bij de visie vanuit de overheid, omdat het ervan uit gaat dat de cliënt in zijn eigen regie komt en zelf oplossingen aandraagt voor zijn "problemen". Vanuit de organisatie rees daarom de vraag hoe een nieuwe methodiek geïmplementeerd kan worden. Daarbij willen ze dat er gekeken wordt hoe medewerkers hierin ondersteund kunnen worden en welke interventies effectief kunnen zijn voor mensen met NAH. Vanuit dit vertrekpunt is dit plan van aanpak geschreven.

## 1. Aanleiding

### 1.1 De opdrachtgever

InteraktContour is een organisatie voor mensen die problemen ervaren als gevolg van hersenletsel, na bijvoorbeeld een beroerte, ongeluk of een hersentumor. InteraktContour biedt behandeling, begeleiding, dagbesteding en 24-uurs zorg in Oost- en Midden-Nederland. Jaarlijks worden er 457 mensen behandeld, wonen er 687 mensen en gaan er 1317 mensen naar de dagbesteding bij InteraktContour. Dat alles wordt gedaan door de in totaal 1263 medewerkers (zie organogram in de bijlage voor de organisatiestructuur) (Van Kampen, 2018).

InteraktContour kiest als ontwikkelingsstrategie het model en de methodieken van de lerende organisatie, gebaseerd op vijf leerdisciplines in onderlinge samenhang (Van Kampen, 2009):

- Een gemeenschappelijke visie op zorg en zorgprocessen, samenwerken, leiderschap, organiseren en ontwikkelen
- De inzichten en overtuigingen van managers en medewerkers zijn adequaat op elkaar afgestemd
- Managers en medewerkers ontwikkelen in hun teams (teamleren) bij voortdurende hun gespreks- en besluitvormingsvaardigheden en hun collectieve denkvermogen, zodat het resultaat van het teamwork meer is dan de som van individuele teamleden
- Managers en medewerkers werken continu aan hun persoonlijke (vak)ontwikkeling
- Het ontwikkelen van en werken met doeltreffende systemen, die ondersteunend zijn aan een op effectiviteit gerichte (beroeps)houding

De organisatie kiest voor een positie als gespecialiseerde zorgaanbieder. Ze richten zich op de zorg aan mensen die kampen met de complexe gevolgen van hersenletsel in de chronische fase. Daarbij sluiten ze aan op de zorg die ziekenhuizen en revalidatiecentra bieden (Van Kampen, 2018). Het uitgangspunt van InteraktContour is de dialoog tussen cliënt en professional, waarbij ze samen zoeken naar datgene wat nodig is om zo zelfredzaam als mogelijk te leven. Daarbij is er aandacht voor de cliënt, maar ook voor de naasten om de cliënt heen. Dit laat zich vertalen in haalbare stappen en doelen die de cliënt probeert te bereiken. Dat uit zich in het gericht en methodisch werken aan doelen en het meten van de voortgang ervan (Van Kampen, 2017).

Eén van de belangrijke uitdagingen voor de cliënten is de overgang van het leven voor en na het hersenletsel. Het accepteren dat het leven niet meer hetzelfde is als daarvoor en het geven van invulling aan het leven na het hersenletsel. Daarnaast hebben cliënten te maken met de symptomen van het hersenletsel waarmee ze moeten leren omgaan. Denk daarbij bijvoorbeeld aan fysieke beperkingen of veranderd gedrag. Kijkend naar de cliënten die bij behandeling komen, heeft het merendeel doelen op het gebied van psychische gezondheid (55,5%). De doelen die hierbij het meest voorkomen zijn: 'cliënt past adequaat compensatiestrategieën toe ter verbetering van de communicatieve zelfredzaamheid in het dagelijks leven' en 'cliënt behoudt en/of verbetert het fysieke activiteitsniveau en/of de mobiliteit in het dagelijks leven' (Van Kampen, 2017).

Dit onderzoek zal uitgevoerd worden binnen de afdeling behandeling van InteraktContour. Waar begeleiding (van InteraktContour) valt onder de gemeente, valt behandeling onder de AWBZ (en binnenkort onder de zorgverzekeringswet) (bron). Behandeling staat altijd in het teken van (onderzoek naar mogelijkheden van) herstel of verbetering van de chronische aandoening of beperking. Of om (onderzoek naar mogelijkheden van) het verbeteren van vaardigheden of gedrag. Behandeling sluit aan op de curatieve fase en vindt, indien mogelijk, plaats op een locatie van InteraktContour in oost en midden Nederland. Dit betekent dat iemand pas bij InteraktContour komt als hij of zij is ontslagen uit het ziekenhuis (acute fase), of het revalidatiecentrum (herstelfase). Als de cliënt namelijk thuis komt, worden de gevolgen van het hersenletsel op het dagelijks leven vaak pas echt zichtbaar. De cliënt moet leren omgaan met de beperkingen die voortkomen uit het letsel. De behandelingen van Hersenz richten zich op deze chronische fase (Hersenz, 2018). Binnen de afdeling behandeling zijn 73 mensen werkzaam in de volgende disciplines: afasietherapeuten, groepsbegeleiders, cognitieve behandelaars, psychologen, psychomotorisch therapeuten en fysiotherapeuten.

Behandeling bij InteraktContour maakt deel uit van Hersenz. Dit is een landelijk samenwerkingsverband tussen InteraktContour en elf andere zorgorganisaties, zij doen onder andere gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek. De behandeling van Hersenz is intensief en is erop gericht om zoveel mogelijk vooruitgang te boeken na de revalidatie. De overkoepelende visie waar vanuit gewerkt wordt is competentiegericht begeleiden. Methodieken die hierbij aansluiten worden ingezet om cliënten te ondersteunen, denk hierbij aan de krachtgerichte benadering, presentatiebenadering, Acceptance and Commitment Therapy en de Yucel methode. De duur van de behandeling verschilt van enkele maanden tot twee jaar. In de individuele gesprekken is er ook ruimte voor de partner en eventuele kinderen. Voor hen is er de mogelijkheid om deel te nemen aan groepen voor betrokkenen van mensen met hersenletsel of het voeren van gesprekken met een cognitief behandelaar (InteraktContour, 2018b).

Er zijn een aantal voorwaarden gesteld waar een cliënt aan moet voldoen, wil hij in aanmerking komen voor behandeling bij InteraktContour. Dat zijn de volgende voorwaarden: er is sprake van aantoonbaar hersenletsel, de cliënt is medisch specialistisch uitbehandeld, woont thuis, er wordt een probleem ervaren door de cliënt en/of zijn omgeving, hij of zij is leerbaar en eventueel is er sprake van afasie en/of apraxie van de spraak. De behandeling is opgezet in een zorgpad, waar een samenhangend aanbod is gecreëerd in de vorm van **behandelmodules**. Daarbij wordt er gekeken naar **alle levensgebieden**, de cliënt en zijn omgeving. De behandeling wordt zowel individueel als in een groep

aangeboden, waarbij de voorkeur uitgaat naar het volgen van beide (InteraktContour, 2018b). De volgende modules zijn onderdeel van de behandeling: Omgaan met Veranderingen, Grip op je Energie, Plannen & Organiseren, Aandacht & Geheugen, Emotieregulatie, Communicatie en Beweging. Hieronder volgt kort uitleg over de inhoud van de meest ingezette modules:

- **Omgaan met veranderingen:** het leren omgaan met het veranderde leven na hersenletsel. Door het verkrijgen van meer inzicht in de gevolgen van het hersenletsel leert de cliënt hier beter mee omgaan. Er is ruimte voor het verlies en er wordt stilgestaan bij de verschillende rouwtaken.
- **Grip op je energie:** wat is vermoeidheid en wat kan hieraan gedaan worden. Er worden strategieën aangereikt om anders met vermoeidheid om te gaan. Dit kan bijvoorbeeld door meer inzicht te krijgen in waar je moe van wordt en wat energie geeft.
- **Plannen en organiseren:** draait om het ontdekken van de hersenfuncties plannen en organiseren en wat de mogelijkheden en beperkingen hier van zijn. Het uiteindelijke doel van de training is dat de cliënt beter om kan gaan met het plannen en organiseren in het dagelijks leven door het verkrijgen van kennis en inzicht. Hiermee kan het gevoel van controle over het eigen leven worden vergroot.
- **Aandacht en geheugen:** er is aandacht voor de hersenfuncties 'aandacht en geheugen'. De cliënt oefent met manieren om met aandachts- en geheugenproblemen om te gaan. Het meer bewust worden van de oplossingen die de cliënt zelf al gevonden heeft en die meer laten inzetten is hier onderdeel van.

Om mee te gaan met de ontwikkelingen en hier vorm aan te geven, is InteraktContour met een nieuwe visie en missie gekomen. Daarbij is het uitgangspunt eigen regie in het leven van de cliënt. De professional adviseert en helpt, zodat de cliënt het beste uit zichzelf kan halen. Dit kan niet zonder analyse, hiervoor is het noodzakelijk dat er vragen worden gesteld en wordt getoetst of de cliënt zich begrepen voelt. De dialoog tussen de cliënt en de professional vormt daarom het fundament van de zorgverlening (InteraktContour, 2018a). In de strategie voor de komende jaren wil InteraktContour toe naar betekenisvol zeggenschap voor de cliënt. Het team en cliënten beslissen gezamenlijk over zaken die het verschil maken in het leven van cliënten (InteraktContour, 2018). Om hier verder handen en voeten aan te geven is er gezocht naar verschillende methodieken die aansluiten op de doelen, verwachtingen en voorwaarden die aansluiten op het nieuwe beleid. De afgelopen jaren zijn er al verschillende methodieken aangeboden, maar door de recente ontwikkelingen is ervoor gekozen om de oplossingsgerichte methodiek te implementeren. Deze methodiek sluit aan bij de visie vanuit de overheid, omdat het ervan uit gaat dat de cliënt in zijn eigen regie komt en zelf oplossingen aandraagt voor zijn "problemen" (Kwekkeboom & Steyaert, 2008) (Huis voor de zorg, 2014). Het verschil met eerder aangeboden en gehanteerde methodieken ligt in het feit dat de cliënt nu de expert is, er veel minder aandacht en tijd is voor negatieve zaken, het niet gaat over klachten en dat de oplossing niet altijd iets te maken hoeft te hebben met het probleem. Vanuit de organisatie ontstond de vraag hoe de methodiek oplossingsgericht werken het best geïmplementeerd kan worden en hoe medewerkers hierin effectief ondersteund kunnen worden.

## 1.2 Aanleiding van het onderzoek

De afgelopen jaren zijn belangrijk geweest voor de zorg. Door de ontwikkelingen in de maatschappij en gezondheidszorg neemt de levensverwachting van de mens toe, maar daarmee ook de kosten (Waalder, 2016). Er heeft een omvangrijke stelselwijziging plaatsgevonden. Dit wordt ook wel de decentralisatie van zorg, werk en jeugdhulp genoemd.

De maatschappelijke deelname van bijzondere aandachtsgroepen vormt een belangrijk onderdeel van deze stelselwijziging. Om hier invulling aan te geven is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning ingevoerd. De voorwaarden voor participatie en preventie van sociale uitsluiting zijn hierin opgenomen

(Kwekkeboom & Steyaert, 2008). De WMO dwingt de zorgsector tot een heroriëntatie op het werk en de invulling hiervan. Het doel van de WMO is namelijk een zo groot en volledig mogelijke deelname aan de samenleving. Van de burger wordt een actieve houding verwacht (TransitieBureau, 2012).

Empowerment is hierbij het kernbegrip. **Empowerment** staat voor het proces waardoor mensen meer invloed verwerven over beslissingen en acties die van invloed zijn op de gezondheid (Peters, Jacobs & Molleman, 2007). Het verbindt de aspecten kracht en macht met elkaar. Kracht als in het versterken van de eigenwaarde en autonomie van personen. En macht als het versterken van de maatschappelijke positie van kwetsbare groepen. Het is van belang dat de cliënt zelf zijn doel bepaald en dat de professional dat als leidraad voor de behandeling gebruikt. Oplossingsgericht werken is een uitwerking van de empowerment visie. Het nodigt cliënten uit om weer de controle over hun leven te krijgen door zelf doelen te formuleren (De Vries & Prüst, 2017), (Shazer, Dolan, Korman, Trepper, McCollum, & Berg, 2008). Green, Lee en Hoffpauir (2005) zeggen hierover dat een op empowerment gebaseerde werkwijze de problemen van mensen ziet als resultaat van het niet, te weinig of verkeerd gebruik maken van persoonlijke en omgevingshulpbronnen.

Zoals in hoofdstuk 1.1 te lezen was, is er binnen InteraktContour gezocht naar verschillende methodieken die aansluiten op de doelen, verwachtingen en voorwaarden uit het nieuwe beleid. Er is voor gekozen om de oplossingsgerichte methodiek te implementeren. Op de werkvloer wordt er vaak gedacht dat de hulpverlener oplossingsgericht werkt. De behandelaar is van mening dat oplossingsgericht werken betekent dat je een oplossing zoekt voor het probleem van de cliënt. Maar dat is niet wat oplossingsgericht werken probeert uit te dragen. Een oplossingsgerichte hulpverlener laat zijn eigen ideeën over wat een goede oplossing kan zijn voor zijn cliënten los. Hij of zij gaat met de cliënt in gesprek om te achterhalen welke hulpbronnen en oplossingen de cliënt zelf kan bedenken en inzetten (Van Zoelen & De Boer, 2018). De behandelaars bij InteraktContour besteden veel aandacht aan de levensloop, het probleemgedrag en de klachten van de cliënt. Oplossingsgerichte therapie houdt zich echter niet bezig met het probleemgedrag of klachten in het verleden of heden. Zij richt zich op gewenst gedrag in de toekomst en hoe dit gedrag te bereiken is (Bannink, 2005). Daardoor ontstaat de vraag bij de medewerkers van ICG of er wat veranderd in de huidige werkwijze. Zij willen weten of dit consequenties heeft voor het intake gesprek en de bestaande vragenlijsten die nu worden afgenomen. Die richten zich namelijk op de levensloop en klachten van de cliënt. Het lijkt erop dat dit niet aansluit op de nieuwe methodiek en ze zijn nieuwsgierig hoe dit ondervangen gaat worden en hoe andere organisaties dit hebben aangepakt. Ook geven zij aan geen (of te weinig) weet te hebben van de in te zetten effectieve interventies van oplossingsgericht werken en of het gevolgen met zich meebrengt voor de samenwerkingsrelatie met de cliënt. Ze missen informatie over de voordelen van de oplossingsgerichte werkwijze en waarom er gekozen is voor deze methodiek door InteraktContour. Er is behoefte om informatie uit te wisselen en ontvangen van andere organisaties die met deze werkwijze bij mensen met hersenletsel werken. Dit geeft de medewerkers van ICG mogelijk inzichten in de voordelen, maar vooral ook valkuilen van OW. Ook hopen ze praktische tips te krijgen over het inzetten van de interventies. De organisatie zelf is zoekende naar de manier van implementeren van OW. Zij hebben een start gemaakt door alle medewerkers een oplossingsgericht boek op te sturen, maar zijn erachter gekomen dat het merendeel van de medewerkers deze niet gelezen heeft. De vraag is ontstaan hoe zij dit wel kunnen implementeren en waar de behoeften van medewerkers m.b.t. ondersteuning liggen. Daarbij vinden ze het belangrijk dat medewerkers gehoord worden en zich gehoord voelen door ze de mogelijkheid te bieden input te geven aan de manier van ondersteunen. Ook willen zij meer inzicht krijgen in de werkwijze van andere organisaties, aangesloten bij Hersenz, die al werken met deze methodiek.

In alle facetten van de hulpverlening moet er een kanteling plaatsvinden, een andere manier van denken en benaderen van de cliënt. Denk daarbij aan bijvoorbeeld de intake, de doelformulering, de hulpverleningsrelatie en de metingen (Bannink, 2006). Vindt deze kanteling onder medewerkers bij InteraktContour niet plaats, dan heeft het oplossingsgericht werken geen kans van slagen. Eén van de contra indicaties is namelijk als volgt beschreven door Bannink (2006): 'Als de therapeut zijn houding

als deskundige die de diagnose stelt en adviezen geeft, niet wenst te wijzigen in een meer volgende houding, is oplossingsgericht werken niet goed mogelijk'. Als oplossingsgericht werken niet duidelijk genoeg wordt uitgelegd en geïmplementeerd en de medewerker zijn benadering niet wil aanpassen, heeft deze methodiek binnen InteraktContour geen kans van slagen. Dit zou een gemiste kans zijn volgens Van Zoelen en De Boer (2018), die in hun boek omschrijven waarom oplossingsgericht werken en hersenletsel zo goed samen gaan. In de eerste plaats, omdat oplossingsgericht werken de cliënt een gevoel van eigen regie teruggeeft. Door hersenletsel ontstaat een ongelijk profiel van vaardigheden. Er zijn vaardigheden verloren gegaan of beperkt, binnen de oplossingsgerichte therapie wordt er gekeken naar wat nog wel gaat. Daarnaast heeft deze doelgroep vaak blijvende stoornissen, de oplossingsgerichte begeleider gaat op zoek naar welke problemen dit met zich mee brengt en hoe daarmee om te gaan. Cliënten met hersenletsel leggen de lat vaak hoog en willen de neiging te snel te willen gaan, waardoor ze eerder kans hebben op faalervaringen. Oplossingsgericht werken zorgt voor kleine en haalbare stappen (Van Zoelen & De Boer, 2018). Verbeek (2009) omschrijft nog een voordeel ten opzichte van andere therapieën (bij mensen met NAH) namelijk: doordat oplossingsgerichte therapie doelgericht werkt kan een beperkt ziekte-inzicht omzeild worden. Het hebben van een beperkt ziekte-inzicht komt namelijk voor bij een deel van de cliënten met NAH, zij vinden zelf dat ze weinig tot geen klachten hebben terwijl hun omgeving dat wel ervaart. Op dit moment is het in de huidige situatie zo dat cliënten enig ziekte-inzicht moeten hebben om in behandeling te worden genomen bij InteraktContour.

Terugkomend op de kanteling, beschreven door Bannink (2006) en Klaver en Bannink (2010), zitten er op dit moment verschillen in de huidige werkwijze en de gewenste situatie: het oplossingsgericht werken. Deze verschillen zitten hem in:

- De focus op het probleem i.p.v. de gewenste situatie
- De behandelaar is expert i.p.v. de cliënt is expert
- Het hebben van ziekte-inzicht is noodzakelijk i.p.v. ziekte-inzicht is niet noodzakelijk
- De rol van de samenwerkingsrelatie

Door middel van dit onderzoek wordt er getracht om medewerkers handvatten te bieden om de interventies die vallen onder de methode oplossingsgericht werken, zo optimaal en adequaat mogelijk in te kunnen zetten bij het begeleiden van NAH cliënten naar empowerment en eigen regie.

### **1.3 Doel van het onderzoek**

Het doel van het onderzoek is om te weten te komen welke handvatten behandelaars van InteraktContour nodig hebben om de methode oplossingsgericht werken effectief in te kunnen zetten bij het ondersteunen van cliënten met NAH met het oog op meer empowerment van de cliënt, om zijn leven zelf vorm te geven. Met de bevindingen van het onderzoek kan er gekeken worden wat er nodig is voor medewerkers om aan de slag te gaan met deze methodiek. En hoe zij hierin het beste ondersteund kunnen worden.

### **1.4 Betrokkenen**

Alle betrokkenen blijven in de vorm van dit onderzoek anoniem. Bij de interviews zullen er gefingeerde namen gebruikt worden.

Directe betrokkenen (60 personen):

- Maatschappelijk werkers Behandeling InteraktContour
- Sociaal pedagogisch medewerkers Behandeling InteraktContour
- Toegepaste psychologen Behandeling InteraktContour
- Oplossingsgerichte geschoolde professionals
- Manager Behandeling InteraktContour

- Projectleider InteraktContour

Indirecte betrokkenen:

- Cliënten Behandeling InteraktContour met NAH
- GZ-psycholoog
- Psychomotorisch therapeut
- Afasietherapeuten
- Maatschappelijk werkers, sociaal pedagogisch medewerkers, afasietherapeuten, toegepast psychologen, beeldend therapeuten Hersenz
- Beleidsmedewerker Hersenz

## **2. Probleemstelling**

### **2.1 Probleemstelling**

De probleemstelling luidt:

*“Hoe kan de methodiek oplossingsgericht werken, door medewerkers van de afdeling behandeling binnen InteraktContour, zo effectief mogelijk worden ingezet bij cliënten met niet aangeboren hersenletsel ter bevordering van de empowerment van de cliënt”*

### **2.2 Deelvragen**

#### **Deelvraag 1:**

Welke suggesties hebben oplossingsgerichte therapeuten om de oplossingsgerichte methodiek, binnen de afdeling behandeling, te implementeren?

#### **Deelvraag 2:**

Welke ondersteuning hebben medewerkers, van de afdeling behandeling, nodig om oplossingsgericht te werken bij mensen met niet aangeboren hersenletsel?

#### **Deelvraag 3:**

Welke randvoorwaarden zijn van belang voor een succesvolle implementatie, van de methode oplossingsgericht werken, bij kwetsbare doelgroepen binnen de GGZ?

#### **Deelvraag 4:**

Welke effectieve interventies, binnen de methodiek oplossingsgericht werken, kunnen worden ingezet bij cliënten met niet aangeboren hersenletsel?

#### **Deelvraag 5:**

Hoe passen andere geestelijke gezondheidszorg instellingen oplossingsgericht werken toe bij hun cliënten?

### 3. Literatuurstudie

Met behulp van literatuuronderzoek wordt gekeken wat er bekend is over oplossingsgericht werken. Voor het literatuuronderzoek wordt gebruik gemaakt van: geschreven boeken, wetenschappelijke databases, de Koninklijke bibliotheek en Universiteitsbibliotheken.

#### 3.1 Deelvragen

Voor onderstaande deelvragen wordt literatuuronderzoek gedaan:

##### Deelvraag 3:

Welke randvoorwaarden zijn van belang voor een succesvolle implementatie, van de methode oplossingsgericht werken, bij kwetsbare doelgroepen binnen de GGZ?

- Wensing, M., Ouwens, M., Boerboom, L., Bal, R., de Bont, A., de Mul, M., et al (2010). *Kennis van Implementatie Programma*. Erasmus universiteit Rotterdam.

Wensing, Ouwens, Boerboom, Bal, de Bont, de Mul et al (2010) geven in hun onderzoek aan dat implementeren een complex proces is, dat maar deels beïnvloed kan worden. Het is belangrijk om te realiseren dat, hoewel implementatie kan leiden tot meer kennis, de implementatie niet vanzelfsprekend is. Implementatie heeft raakvlakken met elementen van o.a. verandkunde, psychologie, sociologie en marketing. Op basis van 79 projecten van het ZonMW (financiert gezondheidsonderzoek) hebben de auteurs gekeken naar de factoren die samenhangen met een succesvolle implementatie. Daarbij komen zij met een aantal aandachtspunten. Centraal in dit onderzoek staan de vragen: welke strategieën zijn er om te implementeren, werken deze strategieën en welke wijze van ondersteuning is zinvol bij het implementeren. Dit doen zij door te kijken naar eerdere onderzoeken die zijn uitgevoerd binnen de gezondheidszorg.

- Hassell, L., & Schol, A. (2012) *Het effect van de methodiek POWER op de handelingswijze van begeleiders in het stimuleren van autonomie bij cliënten met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking*. Universiteit Utrecht

Dit onderzoek meet de effecten van de methodiek POWER, ontwikkeld door Reinaerde. De methodiek is gebaseerd op en bevat elementen van oplossingsgericht werken. Het uitgangspunt is het stimuleren van autonomie/eigen regie van cliënten met NAH. Het onderzoek gaat kort in op NAH en welke schade dit met zich mee kan brengen. Zij geven aan dat de doelgroep niet altijd in staat is om verantwoorde keuzes te maken en eigen gedrag in te schatten. Aan de andere kant hebben ze sterk de behoefte aan eigen regie. Dit zorgt ervoor dat medewerkers problemen ervaren in het overnemen en loslaten van keuzes die de cliënten maken. Cliënten ervaren ook dat de vrijheid om eigen keuzes te maken beperkt blijven. Onderzoek toont aan dat autonomie niet centraal staat in het denken van begeleiders, maar dat thema's als zorgzaamheid en persoonlijke betrokkenheid wel. Vanuit de instelling moet op organisatorisch vlak een afstemming plaatsvinden om dit wel te stimuleren bij medewerkers. De auteurs gaan verder in op de moeilijkheden waar medewerkers tegenaan kunnen lopen en hoe dit te voorkomen is.

- Van den Brom, S. (2009). *Welke elementen zijn van belang binnen een oplossingsgerichte behandeling voor multiprobleem gezinnen?* Universiteit Utrecht

In dit onderzoek wordt er in eerste instantie aandacht geschonken aan verschillende behandelingen om zo te onderzoeken wat het beste aansluit bij gezinnen. De focus komt te liggen op oplossingsgerichte therapie en er wordt omschreven wat de meerwaarde hiervan is. Daarbij komen aspecten waar de gezinnen aan moeten voldoen, als voorwaarde voor de oplossingsgerichte benadering, langs. Ook gaat het in op de vaardigheden en technieken van de behandelaar. Van den

Brom (2009) onderzoekt de toepassing van oplossingsgerichte therapie bij het RPMI, onder de doelgroep gezinnen.

- Friele, R., Van der Niet, A., & Heiligers, P. (2010) *Contextfactoren voor succesvolle implementatie*. Nivel, Utrecht.

Friele, Van der Niet & Heiligers (2010) geven aan dat een combinatie van verschillende benaderingen werkzaam zou kunnen zijn in een implementatieproces. Dit vanwege de grote diversiteit in doelen en doelgroepen in de zorgsector. Het type strategie kan wel gekozen worden op basis van eerdere onderzoeksresultaten. Verder zeggen zij dat het belangrijk is dat de implementatie aansluit op het niveau van kennis en vaardigheden van de doelgroep. De strategie die hierbij passend is, is gericht op het verstrekken van informatie en het verzorgen van educatie. De sociale context is belangrijk, omdat deze bepalend is voor de houding van de doelgroep ten opzichte van hetgeen dat geïmplementeerd moet worden. Daarbij is een faciliterende strategie passend, denk daarbij aan een workshop, het aanspreken van sleutelpersonen of het organiseren van klankbordgroepen. Tenslotte kan een implementatie op structuurniveau worden gedaan. Dit kan worden geïmplementeerd door gebruik te maken van educatieve en verander strategieën.

#### **Deelvraag 4:**

Welke effectieve interventies, binnen de methodiek oplossingsgericht werken, kunnen worden ingezet bij cliënten met niet aangeboren hersenletsel?

- Iverson, C., (2002), Solution-focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 149-157.

In deze studie omschrijft de auteur dat hij en zijn collega's werken volgens de (korte) oplossingsgerichte methodiek met verschillende doelgroepen. Daarbij zien zij dat als een cliënt doelen kan formuleren er een grotere kans van slagen aanwezig is. Gaandeweg heeft deze methodiek zich ontwikkeld en richt zich steeds minder en minder op het probleem, het hoeft niet eens bekend te zijn. Bijna alle aandacht gaat naar de oplossing en het ontdekken van de middelen om dat te bereiken. Hierdoor is de cliënt meer gemotiveerd en gaat hij op zoek naar wat hij voor het probleem in de plaats wil. Het is een korte therapie van maar een beperkt aantal sessies, als het naar 3 sessies nog geen effect heeft is de kans dat het slaagt klein.

- Klaver, M., & Bannink, F. (2010) Oplossingsgerichte therapie bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel. *Tijdschrift voor neuropsychologie*, 5.

In dit artikel wordt aangegeven dat er bij cliënten met NAH voornamelijk wordt geschreven over probleemgerichte therapieën. Deze zijn gericht op het analyseren en verminderen van klachten. Echter lijkt de focus op krachten (i.p.v. klachten) effectief te zijn in het verbeteren van het welzijn van cliënten. De schrijfsters halen onderzoeken aan om aan te tonen dat oplossingsgericht werken een effectieve methodiek is. Daarna zoomen ze in op de voordelen en voorwaarden voor het werken met mensen met NAH. Ze leggen uit wat de verschillen zijn met probleemgerichte methodieken en waar de accenten op moeten liggen bij oplossingsgericht werken. Daarbij gaan ze in op de volgende vijf verschillen: ongewenst gedrag tegenover gewenst gedrag, behandelaar is expert tegenover cliënt is expert, doe iets anders versus ga door met wat werkt, samenwerkingsrelatie beperkt versus samenwerkingsrelatie speelt een centrale rol en ziekte-inzicht is noodzakelijk tegenover niet noodzakelijk. Ze leggen uit hoe dat er in de praktijk uit zou moeten zien en wat er verwacht wordt vanuit de rol van de professional.

- Van Zoelen, M., & De Boer, W. (2018) *Hoofdstuk opgelost*. Utrecht: Uitgeverij Breindok

De schrijvers starten met de aanleiding om een boek te schrijven over de oplossingsgerichte methodiek in relatie tot mensen met NAH. Mensen met hersenletsel zijn vaak veel verloren. Ze

kunnen bijvoorbeeld hun baan, hobby of rol in de maatschappij niet meer zo vervullen als ze dat voorheen hebben gedaan. Cliënten hebben het gevoel dat ze de regie over hun eigen leven zijn kwijtgeraakt. Ook in de hulpverlening krijgen ze vaak het gevoel dat er keuzes over hen worden gemaakt in plaats van met hun. De professional weet niet (of te weinig) wat oplossingsgericht werken daadwerkelijk inhoudt en kan dit daarom ook niet toepassen. In het boek geven ze handvatten/effectieve interventies aan de professional om oplossingsgericht te werken. Daarbij komen ze met voorbeelden en leggen ze uit wat het de cliënt kan opleveren.

- Van den Brink, E. (2006). Zoek geen problemen maar Oplossingen: een model voor een gezondheidsgerichte GGz. *GGzet Wetenschappelijk*, 10.

In dit artikel gaat het om een variant op de van oorsprong Amerikaanse methodiek oplossingsgericht werken. Er zijn hierin aanpassingen gedaan om hem goed toepasbaar te maken voor de GGZ. Het gaat hier om het Brugse model voor oplossingsgericht werken. De belangrijkste hulpmiddelen binnen dit model zijn de acht-stappendans en de oplossingsgerichte flow-chart. Ook gaat van den Brink (2006) in op de betekenis van oplossingsgericht werken in een doorgaans probleem-georiënteerde GGz.

## 4. Onderzoeksmethoden

Afhankelijk van de vraag en doelstelling, budget en tijd is gekozen voor de volgende specifieke dataverzamelingmethoden per deelvraag.

### 4.1 Keuzes voor onderzoeksmethoden

#### Deelvraag 1:

*Welke suggesties hebben oplossingsgerichte therapeuten om de oplossingsgerichte methodiek, binnen de afdeling behandeling, te implementeren?*

Om deelvraag een te kunnen beantwoorden wordt er een semi gestructureerd interview gehouden met twee therapeuten, die samen een boek hebben geschreven over oplossingsgerichte therapie bij mensen met niet aangeboren hersenletsel. Zij verzorgen daarnaast scholingen in het toepassen van deze methodiek in de praktijk. Door middel van een interview kan dit onderwerp verder worden verdiept en is er de mogelijkheid om door te vragen. Het biedt de mogelijkheid om deze personen in hun vertrouwde omgeving te ondervragen. Door middel van open vragen kan er gevraagd worden naar specifieke ideeën van de professionals. Naast deze twee professionals wordt er gezocht naar minimaal twee andere therapeuten die werken met de oplossingsgerichte methodiek.

Er is een rode draad die in deze interviews gehanteerd zal worden, daarbij wordt er gebruik gemaakt van een half gestructureerd interview. Het doel is om informatie te verkrijgen over de voorwaarden die nodig zijn voor het toepassen van deze specifieke methodiek bij mensen met niet aangeboren hersenletsel (Verhoeven, 2011). Er wordt gebruik gemaakt van een vooraf opgestelde lijst met onderwerpen, waarbij er de mogelijkheid is om af te wijken of te verdiepen. Dit soort interview laat ruimte voor eigen inbreng, dat van belang is voor het beantwoorden van de deelvraag. Er zullen vragen worden gesteld die ingaan op de volgende onderwerpen: over welke vaardigheden moet de professional beschikken, wat hebben medewerkers nodig om deze methodiek eigen te maken en op welke manier kan de organisatie medewerkers ondersteunen. De vervolgvragen zullen gebaseerd zijn op de antwoorden en input van de respondenten, die uit vorige vragen naar voren komen.

Het interview bestaat uit:

*Introductie:*

Het gespreksdoel wordt benoemd, opbouw duidelijk maken, geschatte duur van het interview

bespreken, belang van informatie en waar de informatie voor gebruikt wordt.

*Hoofdonderwerp:*

Middels verschillende onderdelen wordt het hoofdonderwerp aan de orde gesteld. Gebruik makend van een vooropgestelde topic lijst. Daarop volgen dieptevragen die antwoorden verder dienen te concretiseren.

*Afsluiting:*

Onderwerp wordt hier afgebouwd, door een samenvatting te geven en de respondent de gelegenheid te geven om aan te vullen en/of iets op te merken.

De interviews worden opgenomen en, indien mogelijk, op locatie worden uitgevoerd. Een andere mogelijkheid is om het interview via Skype uit te voeren.

### **Deelvraag 2:**

*Welke ondersteuning hebben medewerkers, van de afdeling behandeling, nodig om oplossingsgericht te werken bij mensen met niet aangeboren hersenletsel?*

Om deelvraag twee te kunnen beantwoorden wordt er gebruik gemaakt van enquêtes. De link voor de enquête wordt via de werkmail naar de medewerkers verstuurd en afgenomen via SurveyMonkey. Het afnemen van enquêtes is een gestructureerde dataverzamelmethode waarbij er meningen/opinies, houdingen en kennis kan worden gemeten (Verhoeven, 2011). De vragen zijn zo neutraal mogelijk opgesteld, om enige sturing in het antwoord te voorkomen. Daarnaast biedt een enquête de mogelijkheid tot het standaardiseren van antwoorden, waardoor de eenduidigheid vergroot kan worden. Ook kunnen de antwoorden niet worden beïnvloed door een interviewer, waardoor de objectiviteit gewaarborgd wordt (Universiteit Utrecht, z.d.).

De populatie bestaat uit alle medewerkers van de afdeling behandeling (bij InteraktContour) die cliënten behandelen met niet aangeboren hersenletsel. Daarbij wordt een vraag gesteld waardoor duidelijk moet worden in welke discipline ze werkzaam zijn. De enquête zal onder ongeveer 50 medewerkers verstuurd worden en het doel is om van minimaal 30 professionals een antwoord te krijgen. Alle medewerkers worden benaderd die werkzaam zijn binnen deze afdeling, om op die manier een zo representatief mogelijke steekproef te krijgen. Indien nodig zullen er semigestructureerde interviews met een aantal medewerkers plaatsvinden, om de antwoorden te verdiepen.

### **Deelvraag 3:**

*Welke randvoorwaarden zijn van belang voor een succesvolle implementatie, van de methode oplossingsgericht werken, bij kwetsbare doelgroepen binnen de GGZ?*

Om deelvraag drie te kunnen beantwoorden wordt er gebruik gemaakt van wetenschappelijk en internationaal literatuuronderzoek. Door hier onderzoek naar te doen wil de onderzoeker erachter komen wat de succesfactoren kunnen zijn bij het implementeren van een nieuwe methodiek. Ook wordt er zo geprobeerd om eerder gemaakte fouten te voorkomen en daar lering te trekken. Er worden verschillende theorieën van implementatie beschreven evenals de complexiteit van implementeren. Door middel van het onderzoeken van verschillende strategieën wil de onderzoeker komen met een advies voor het ondersteunen bij een implementatieproces.

### **Deelvraag 4:**

*Welke effectieve interventies, binnen de methodiek oplossingsgericht werken, kunnen worden ingezet bij cliënten met niet aangeboren hersenletsel?*

Om deelvraag vier te kunnen beantwoorden wordt er gebruik gemaakt van wetenschappelijk en internationaal literatuuronderzoek. Interaktcontour richt zich op een specifieke doelgroep, mensen met niet aangeboren hersenletsel. Daarom is het van belang om literatuur te bestuderen die gericht is op

de geestelijke gezondheidszorg. Door middel van deze deelvraag wordt er onderzoek gedaan naar de voordelen van de methodiek, om zo onder andere de medewerkers bewust te maken van de meerwaarde hiervan. De onderzoeker staat stil bij de effectiviteit, de verwachte houding van professional en de behandelingsintegriteit.

**Deelvraag 5:**

*Hoe passen andere geestelijke gezondheidszorg instellingen oplossingsgericht werken toe bij hun cliënten?*

Om deelvraag vijf te kunnen beantwoorden wordt er een semi gestructureerd open interview gehouden met drie a vier mensen van een geestelijke gezondheidsinstelling die met de oplossingsgerichte methodiek werkt. Deze mensen worden benaderd via de contactpersoon van de overkoepelende organisatie Hersenz. Zij hebben zicht op de aangesloten organisaties (die werken met mensen met NAH) en medewerkers die al oplossingsgericht werken. Door middel van open vragen kan er gevraagd worden naar specifieke effectieve interventies, binnen de methodiek oplossingsgericht werken. Het doel is om informatie te verkrijgen over de werkzame factoren en voorwaarden die nodig zijn voor het toepassen van deze specifieke methodiek (Verhoeven, 2011). Er wordt gebruik gemaakt van een vooraf opgestelde lijst met onderwerpen, waarbij er de mogelijkheid is om af te wijken of te verdiepen. De vervolgvragen zullen gebaseerd zijn op de antwoorden en input van de respondenten, die uit de vorige vragen naar voren komen. Indien mogelijk vinden de interviews plaats op locatie, anders zullen ze via Skype worden afgenomen.

## 5. Planning

1. Opzet scriptie maken (plan van aanpak)
2. Literatuuronderzoek
3. Interview samenstellen oplossingsgericht geschoolde professionals
4. Interview samenstellen medewerkers behandeling InteraktContour
5. Interviews afnemen en verwerken geschoolde professionals
6. Interviews afnemen en verwerken medewerkers behandeling InteraktContour
7. Literatuuronderzoek analyseren
8. Resultaten praktijkonderzoek analyseren
9. Resultaten bespreken
10. Scriptie schrijven
11. Begeleider contacteren
12. Inleveren scriptie
13. Eventuele vertragingen en/of (verwerken van) feedback incalculeren

PLANNING:	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
WEEK													
41	X												
42	X	X											
43	X	X											
44	X	X											
45	X	X											
46	X	X											
47	X	X											
48	X	X									X		
49	X	X	X	X									
50	X	X	X	X							X		
51	X	X	X	X						X			
52	X	X	X	X						X			
1		X								X			
2		X			X					X			
3		X			X	X				X	X		
4						X				X			
5							X	X	X	X	X		
6								X	X	X			
7												X	
8												X	X
9													X
10													X
11													X
12													X

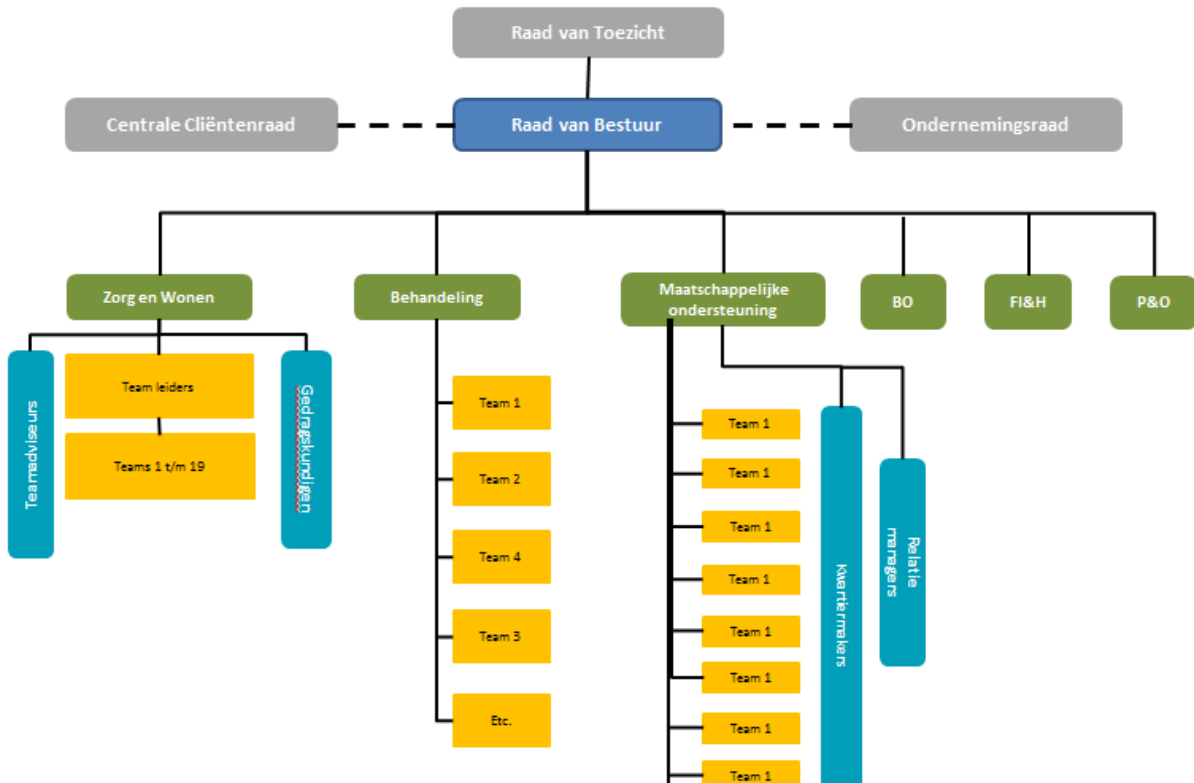
## Literatuurlijst

1. Bannink, F. (2005). De kracht van oplossingsgerichte therapie: een vorm van gedragstherapie. *Gedragstherapie* 2005, 38, 5-16.
2. Bannink, F. (2006). De geboorte van oplossingsgerichte cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie* 2006, 39, 171-183.
3. Bartelink, C. (2011). *Oplossingsgerichte therapie*. Nederlands Jeugd Instituut.
4. Brink, E. van den. (2006). Zoek geen problemen maar Oplossingen: Een model voor een gezondheidsgerichte GGz. *GGzet Wetenschappelijk volume*, 10, 2
5. Brom, S. van den. (2009). *Welke elementen zijn van belang binnen een oplossingsgerichte behandeling voor multiprobleem gezinnen?* Universiteit Utrecht
6. Delleman, E. (2013). *Handboek positieve psychologie: Positieve psychiatrie als visie voor de praktijk van de GGZ*. Amsterdam: Boom.
7. De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, A., Trepper, T., McCollum, E., & Berg, K. (2008). *Oplossingsgerichte therapie in de praktijk: Wonderen die werken*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers Bv
8. De Vries, S., & Prüst, H. (2017). *Oplossingsgericht werken in het sociaal werk: Interventiebeschrijving*. Utrecht: Movisie.
9. Friele, R., Van der Niet, A., & Heiligers, P. (2010) *Contextfactoren voor succesvolle implementatie*. Nivel, Utrecht.
10. Greene, G.J., Lee, M.Y., & Hoffpauir, S. (2005). The languages of empowerment and strengths in clinical social work: A constructivist perspective. *Families in society*, 86, 267-277.
11. Hersenz (2018) *De unieke behandeling van Hersenz*. Geraadpleegd op 5 december, van: <https://www.hersenz.nl/hersenletsel/behandeling-niet-aangeboren-hersenletsel>
12. Huis voor de zorg (2014) *De kantelingen het keukentafelgesprek: Visiedocument met tips voor burgers en Wmo-raden*. Sittard: Huis voor de zorg.
13. InteraktContour (2018). *Jaarplan 2018; Jaarplan en begroting*. InteraktContour
14. InteraktContour1 (2018). *Visie op de cliënt*. InteraktContour
15. InteraktContour2 (2018). *Behandeling*. Geraadpleegd op 10 oktober 2018, van <https://www.interaktcontour.nl/ik-ben-professional/behandeling>
16. Iverson, C. (2002). Solution-focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 149-157.
17. Janssen, M., Stoopendaal, A., Kelder, M., & Putters, K. (2013). *Innovatie in de revalidatie: Een kwalitatieve evaluatie van het Innovatieprogramma Revalidatie*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
18. Kampen, J. van.(2009). *Bestuursfilosofie*. Nunspeet: InteraktContour.
19. Kampen, J. van. (2017). *Kwaliteitsverslag 2017*. Nunspeet: InteraktContour.
20. Kampen, J. van. (2018). *Bestuursverslag 2017*. Nunspeet: InteraktContour.
21. Klaver, M., & Bannink, F. (2010). Oplossingsgerichte therapie bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel. *Tijdschrift voor neuropsychologie*, 5.
22. Kwekkeboom, R., & Steyaert, J. (2008). *Wet maatschappelijke ondersteuning met het accent op meedoen*. Lectorienplatform Zorg en Welzijn.
23. Peters, L., Jacobs, G., & Molleman, G. (2007). *Toolbox voor het meten van empowerment bij de einddoelgroep*. Woerden: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie.
24. Theunissen, N., Friele, R., & Keijsers, J. (2003). *Implementeren door kennismanagement: Theorie en praktijk*. Assen: van Gorcum.
25. TransitieBureau (2012). *Decentralisatie betekent transitie & transformatie: Nieuwe verantwoordelijkheden, rollen en opgaven in maatschappelijke ondersteuning*. Transitiebureau
26. Universiteit Utrecht (z.d.). Aandachtspunten voor het samenstellen van vragenlijsten voor wetenschappelijk onderzoek. Geraadpleegd op 14 november 2018, van

<https://vkc.uu.nl/vkc/upper/knowledgeportal/Handboek%20praktijkonderzoek/het%20zelf%20ontwikkelen%20van%20vragenlijsten.aspx>

27. Verbeek, R. (2009). Psychotherapie bij niet-aangeboren hersenletsel. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 1, 12-20.
28. Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
29. Vosselman, M., & Van Hout, K. (2013). *Zingevende gespreksvoering: Helpen als er geen oplossingen zijn*. Amsterdam: Uitgeverij Boom Nelissen.
30. Waalders, M. (2016). *E-Health na een beroerte: een verkennend onderzoek naar de mogelijkheden van computergestuurde training binnen de revalidatie van CVA-patiënten*. Universiteit Twente.
31. Wensing, M., Ouwens, M., Boerboom, L., Bal, R., de Bont, A., Mul, M. de., et al (2010). *Kennis van Implementatie Programma*. Erasmus universiteit Rotterdam.
32. Woods, K., Bond, C., Humphrey, N., Symes, W., & Green, L. (2011). *Systematic review of Solution Focused Brief Therapy (SFBT) with children and families*. University of Manchester.
33. Zoelen, M. van., & De Boer, W. (2018) *Hoofdstuk opgelost*. Utrecht: Uitgeverij Breindok.

## Bijlage 1: Organogram



Figuur 3: Organogram InteraktContour