

Criteria voor behandelvorm bij het circuit Ouderen van Mediant GGz

Bachelorthese december 2007

Student: Sophia Lückmann

Studentnummer: 0086541

1^e begeleider: Lieke Christenhusz

2^e begeleider: Joost Baneke/ Ernst Bohlmeijer

externe begeleider: Bernadette Duzijn

Universiteit Twente

Faculteit Gedragwetenschappen

Studierichting Psychologie

Thema Veiligheid en Gezondheid

Samenvatting

Achtergrond

Het aantal ouderen in de bevolking gaat volgens prognoses in de komende jaren sterk stijgen. Hierdoor kan ook het aantal ouderen in de geestelijke gezondheidszorg stijgen. Ouderen binnen de geestelijke gezondheidszorg krijgen vaak geen adequate hulp en in vergelijking met jongeren krijgen minder ouderen de zorg die bij hun past.

Onderzoeksvraag

Dit onderzoek probeert de factoren die de behandelkeuze van een hulpverlener beïnvloeden te bepalen. En er wordt specifiek gekeken of de hoop van een hulpverlener invloed heeft op zijn behandelkeuze.

Methode

Er wordt een onderzoek uitgevoerd bij het circuit ouderen van mediant. Om de invloeden van hoop op de behandelkeuze na te gaan worden meetinstrumenten ontworpen, zodat hoop, de succes-inschatting van behandelingen en de keuze-neigingen kwantitatief gemeten kunnen worden. Met behulp van interviews en schriftelijke vragen wordt nagegaan welke factoren hulpverleners in hun keuze waarnemen.

Resultaten

Aan de hand van de interviews en vragen kunnen drie hoofd-informatie categorieën geïdentificeerd worden, die alle hulpverleners als beïnvloedend in het maken van hun behandelkeuzes waarnemen. Deze factoren zijn: -“Informatie betreffende de client”, -“de informatie betreffende de hulpverlener” en -“karakteristieken van de behandeling”.

Conclusie en discussie

Men kan informatie categorieën identificeren, die alle hulpverleners als beïnvloedend waarnemen. Om beter conclusies te kunnen trekken is vervolgonderzoek nodig.

Abstract

Background

According to prognoses the number of elderly people in the population will increase in the following years. Due to this the number of elderly people in mental health care might rise as well. The help which elderly people encounter in mental health care is often not adequate and in comparison to younger ones, less elderly patients experience the care that suits them.

Aim

This study tries to investigate the factors which influence the choice of treatment taken by those who are integrated in the work in the department of mental health care. Specifically, we concentrate on the question whether the workers hope influences the choice of treatment.

Methods

Research is carried out in the department for elderly people at Mediant. Instruments are designed to measure hope, the perception of the chances concerning the success of the treatment, and the disposition to decide on a certain option. These results allow to investigate the hope's influence on the disposition to decide on a certain option. The influences on the choice of treatment which are experienced by the workers are investigated by means of interviews and open questions.

Results

Three main categories of information can be identified as influences in the choice of treatment that are experienced by all workers who were interviewed. These are: information about the client, information about the worker and characteristics of the treatment.

Conclusion and discussion

It is possible to identify categories of information which are experienced by all workers as influences on their choice of treatment. Further studies are necessary to draw better conclusions.

Inhoud

1. Inleiding	P. 5
1.1 Het filtermodel	P. 5
1.2. Invloeden op de keuze voor een geschikte behandeling	P. 6
1.2.1. Opvatting 1: de diagnose als uitgangspunt	P. 6
1.2.2. Opvatting 2: de effectiviteit van diverse behandelingen is gelijk	P. 7
1.2.3. Opvatting 3: kenmerken van probleem en cliënt zijn doorslaggevend	P. 7
1.3 Hoop	P. 8
1.3.1. Invloed van hoop op de behandeling	P. 8
1.3.2. Definities van hoop	P. 9
1.3.2.1 Snyders hoop theorie	P. 9
1.3.3. De invloed van hoop op de behandelkeuze	P. 11
1.4. De onderzoeksvragen	P. 12
2. Methode	P. 12
2.1 De onderzoeksetting	P. 12
2.2 Werving van respondenten	P. 13
2.3 Meetinstrumenten	P. 13
2.3.1 De toegepaste meetinstrumenten	P. 13
2.3.2 De ontwikkeling van de meetinstrumenten	P. 14
2.4. De analysemethoden	P. 15
2.4.1 De kwalitatieve analyse	P. 15
2.4.2 De kwantitatieve analyse	P. 15
3. Resultaten	P. 16
3.1 Respons	P. 16
3.2. Kwalitatieve analyse	P. 17
3.2.1 Informatie betreffende de cliënt	P. 18
3.2.1.1 Informatie over de cliënt zelf	P. 18
3.2.1.2 Informatie over de klachten van de cliënt	P. 18
3.2.1.3 Informatie over de omgeving van de cliënt	P. 18
3.2.2. De informatie betreffende de hulpverlener	P. 19
3.2.3 Karakteristieken van de behandeling	P. 20
3.2.3.1 Doelen van een behandeling	P. 20
3.2.3.2 Stappen in een behandeling	P. 20
3.2.3.3 Eenvoud/lichtheid van behandeling	P. 21
3.2.3.4 Resultaat van eerdere behandelingen	P. 21
3.2.4. De “match”	P. 21

3.3 De kwantitatieve analyse	P. 21
3.3.1 De kwantitatieve data	P. 21
3.3.2 De analyse	P. 22
<u>4. Conclusie en discussie</u>	<u>P. 24</u>
4.1. Welke factoren beïnvloeden volgens hulpverleners hun behandelkeuze?	P. 24
4.1.1 Beïnvloedende factoren	P. 24
4.1.2 De categorieën in vergelijking met bestaande opvattingen	P. 25
4.1.2.1 De diagnose als uitgangspunt	P. 25
4.1.2.2. De effectiviteit van diverse behandelingen is gelijk	P. 25
4.1.2.3 Kenmerken van probleem en cliënt zijn doorslaggevend	P. 26
4.1.3. wat zijn de criteria voor een opname?	P. 26
4.2. Hoop als beïnvloedende factor	P. 26
4.3. Vervolgonderzoek	P. 27
4.3.1. Het kwantitatieve deel	P. 27
4.3.2. Het kwalitatieve deel	P. 27
4.4 De eindconclusie	P. 28
<u>5. Referenties</u>	<u>P. 29</u>
<u>6. Bijlagen</u>	<u>P. 31</u>

1. Inleiding

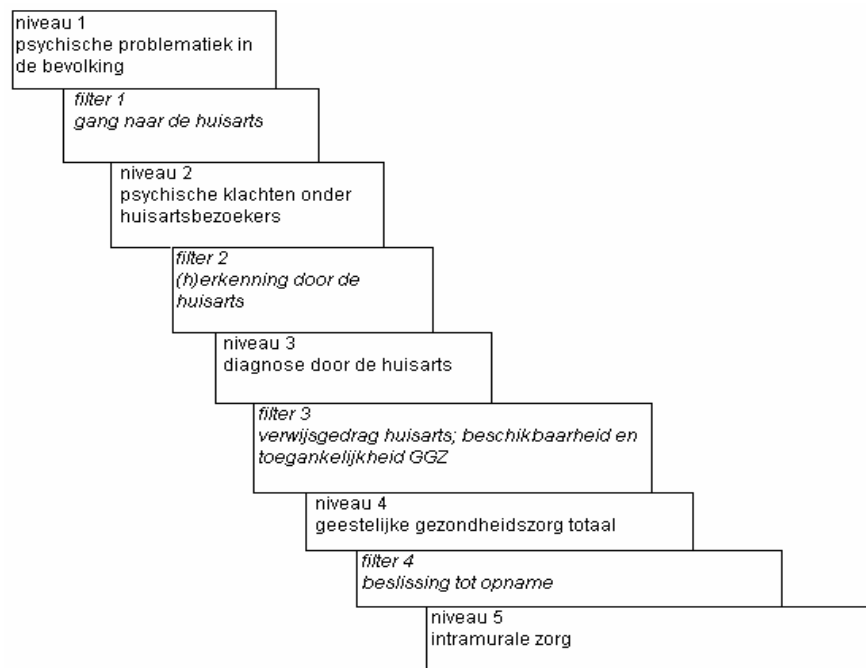
Het is niet vanzelfsprekend, dat een persoon die geestelijke gezondheidsproblemen heeft de juiste behandeling krijgt toegewezen. Slechts 30 tot 50 procent van de volwassenen tot 60 jaar krijgt passende hulp binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGz). Bij mensen boven de 60 wordt dit percentage nog lager: 8 tot 16 procent. Landelijk onderzoek toont aan dat met name ouderen met een depressie of angststoornis momenteel meestal geen adequate zorg krijgen (rapportage Ouderen 2006). Dat is zorgelijk, temeer daar uit ander onderzoek blijkt dat 50 tot 80 procent van de ouderen met een depressie baat heeft bij psychotherapie (Areen, Hegel, Reynolds, 2001). De juiste zorg is er dus wel, maar men wordt er niet naar doorverwezen. Dit geeft aanleiding om na te gaan welke factoren bepalend zijn voor de zorg die een cliënt krijgt. Aan de hand van deze gegevens kan dan worden bepaald hoe de situatie verbeterd kan worden. Tevens helpt het prognoses op te stellen over de benodigde capaciteit voor bepaalde zorg en behandelvormen. Met name bij ouderen is dit van belang. Tussen 1900 en 1998 is het aantal ouderen in de bevolking namelijk meer dan verdubbeld (van 6 naar 14 procent) en de prognoses voor 2010 liggen bij 16 procent en voor 2030 bij 23 procent. Na 2050 zwakt de trend dan weer af (Gezondheidsraad, 2002). In onderzoek wordt aan hand van prevalentie cijfers en de bevolkingsprognose een schatting gemaakt over het voorkomen van dementie in de komende jaren (Gezondheidsraad, 2002). Als deze prognoses van toepassing zijn op dementie en andere ziekten kan een toename aan ouderen in de geestelijke gezondheidszorg worden verwacht. Het bepalen van factoren, die beïnvloeden welk type zorg cliënten ontvangen is dus belangrijk voor het bepalen van de benodigde GGz-capaciteit voor ouderen.

1.1. Het filtermodel

Goldberg en Huxley hebben een filtermodel opgesteld, dat het proces van bezoek aan de huisarts tot opname in een tweedelijns GGz-instelling helder beschrijft (Huxley, 1980). Het filtermodel (zie figuur 1) beschrijft de factoren (filters) die er de oorzaak van zijn dat relatief weinig ouderen passende hulp ontvangen voor hun psychische klachten. Goldberg en Huxley beschrijven vier filters, waarvan de eerste differentieert tussen de mensen in de bevolking met psychische klachten die naar de huisarts gaan en de mensen die niet naar de huisarts gaan. Het tweede filter differentieert tussen de patiënten, bij wie de psychische klachten door de huisarts herkend worden en deze bij wie dat niet het geval is. Het derde filter differentieert tussen de mensen die naar de GGZ worden doorverwezen en diegene waarbij dit niet gebeurt. Het laatste filter bepaalt of de patiënt in de kliniek danwel ambulant behandeld zal worden

Bij alle filters spelen verschillende factoren een rol, die bepalen welke behandelbeslissing wordt genomen. Om na te gaan wat de redenen zijn dat zo weinig ouderen de juiste zorg ontvangen, is het belangrijk na te gaan wat de beïnvloedende factoren bij de verschillende filters zijn. In ander onderzoek (Duzijn, 2006) wordt nagegaan welke factoren de eerste drie filters beïnvloeden. Dit onderzoek focust op het vierde filter. Binnen het vierde filter wordt alleen de differentiatie tussen intramurale en extramurale zorg beschreven. Niet alleen de vorm van de behandeling (intramuraal of extramuraal), maar ook de aard van de behandeling is van belang bij het bepalen van de factoren die van invloed zijn op de behandelkeuze van behandelaars. Het is dus van belang dat het onderzoek zich niet alleen richt op de keuze tussen intramurale of extramurale zorg, maar ook op de keuze tussen verschillende behandelvormen.

Figuur 1: Filtermodel van Goldberg en Huxley (Huxley, 1980).



Om te bepalen welke factoren de keuze beïnvloeden, is het eerst van belang in de literatuur na te gaan welke verschillende opvattingen er bestaan over de beste manier om een goede behandeling voor een cliënt te bepalen. Drie verschillende opvattingen worden in het vervolg toegelicht.

1.2. Invloeden op de keuze voor een geschikte behandeling

1.2.1 Opvatting 1: de diagnose als uitgangspunt

In de eerste opvatting gaat men ervan uit dat de geschiktheid van een therapie afhankelijk is van de gestelde diagnose. Voor elke diagnose bestaat een behandelmethode, die het meest geschikt is. De hulpverlener zou die behandeling dan ook moeten kiezen. Echter, als voor elke diagnose de beste behandeling bekend is, kan nog steeds de keuze voor een bepaalde diagnose niet goed zijn. Onderzoek van Mak en Rosenblatt (2002) laat zien dat hulpverleners, bij het stellen van de diagnose, door demografische gegevens beïnvloed worden. Geslacht, leeftijd en etniciteit bleken significant samen te hangen met de primaire diagnose. De samenhang tussen demografische gegevens en de gestelde diagnose was zelfs sterker dan die tussen de symptomen en de diagnose. Mak en Rosenblatt (2002) gaan ervan uit dat stereotypiseerde veronderstellingen deze samenhangen kunnen verklaren. Maar niet alleen de demografische gegevens kunnen de keuze beïnvloeden. Uit onderzoek van Ganzach (2000) bleek dat hulpverleners meer gewicht geven aan informatie over de aan- of afwezigheid van ernstige pathologie in tegenstelling tot informatie over de aan- of afwezigheid van lichte pathologie bij cliënten. Ganzach concludeert dat verschillende confirmatie-strategieën de klinische beoordeling beïnvloeden. De clinicus probeert namelijk de hypothese, dat de patiënt leidt aan ernstige pathologie, te onderbouwen en let daardoor minder op de informatie over lichte pathologie. De keuze voor een bepaalde therapie kan dus onder andere door ruis en stereotypen in het maken van de diagnose worden beïnvloed.

1.2.2. Opvatting 2: de effectiviteit van diverse behandelingen is gelijk

De tweede opvatting stelt dat de effectiviteit van verschillende behandelingen grotendeels op elkaar lijkt (met als uitzondering de ‘in vivo exposure’- behandeling voor fobieën). Dit fenomeen wordt vaak het ‘DODO verdict’ genoemd naar ‘Alice in Wonderland’, gekoppeld aan het citaat “Everyone has won and all must have prizes!” (Snyder 2000). De effectiviteit van een bepaalde therapie lijkt niet afhankelijk te zijn van de gestelde diagnose; de behandeling is dus niet specifiek gericht op één type problematiek. Uit onderzoek (Orlinsky, 2003) blijkt dat deze onspecifieke effecten berusten op de factoren die verschillende therapieën gemeen hebben. Bijvoorbeeld de therapeutische werkrelatie of de motivatie van een cliënt. Beutler, Moleiro en Telebi (2002) stellen, dat het volgen van rigide behandelingsprotocollen ertoe kan leiden dat onverwacht negatieve effecten optreden, zoals het verlies van therapeutische of interpersoonlijke vaardigheden. Aangezien er ongeveer 70 verschillende behandelingen zijn, die een hulpverlener zou kunnen aanbieden, is het onwaarschijnlijk dat hulpverleners over de capaciteiten beschikken om deze verschillende methoden aan te bieden. Een negatieve behandelingsuitkomst is volgens deze opvatting niet te wijten aan de keuze voor een bepaalde therapie, maar aan de uitvoering ervan.

1.2.3. Opvatting 3: kenmerken van probleem en cliënt zijn doorslaggevend

Bij de derde opvatting gaat men ervan uit, dat aan de hand van karakteristieken van het probleem en van de cliënt een behandelingscategorie kan worden gekozen.

Beutler et al. (2002) constateren, dat er zes factoren zijn die de patiënt en het probleem goed karakteriseren en die ondersteunend kunnen zijn bij de behandelkeuze die gemaakt wordt: ‘*functional impairment*’, ‘*subjective distress*’, ‘*social support*’, ‘*complexity / comorbidity*’, ‘*state/trait resistance*’ en ‘*coping skills*’. ‘*Functional impairment*’ heeft betrekking op wat de cliënt wel of niet kan. ‘*Social support*’ wijst op het sociale netwerk. ‘*Complexity / comorbidity*’ heeft betrekking op de ernst van de problematiek en of het probleem samengaat met andere klachten.. ‘*Subjective distress*’ is een situatie-afhankelijk construct, dat van sessie tot sessie kan veranderen. Weinig stress kan ertoe leiden dat de motivatie om deel te nemen aan het therapeutische proces laag is. Te veel stress kan ertoe leiden dat de cliënt zich niet op de therapeutische ervaringen kan concentreren. De ‘*coping style*’ is de manier waarop de cliënt met persoonlijke en interpersoonlijke bedreigingen omgaat. ‘*Resistance*’ komt tot uitdrukking in het niet volgen van externe instructies en suggesties (Fischer, Beutler, Williams 1999).

Naast deze zes factoren kunnen ook voor de behandeling verschillende beïnvloedende factoren gedefinieerd worden. Bijvoorbeeld de behandelmethode (pharmacotherapeutisch of psychosociaal), de vorm (individueel, groep, familie) en de intensiteit van de behandeling (lengte, variabiliteit, frequentie, etc.) (Beutler et al, 2002). De lengte en intensiteit van een behandeling zouden bijvoorbeeld aangepast moeten worden aan de functionele beperkingen en de complexiteit en chroniciteit van het probleem. Aan de hand van deze onderzoeksgegevens is de ‘Systematic Treatment Selection (STS) clinical rating form’ opgesteld, die hulpverleners kan helpen de juiste informatie te verzamelen om een goede behandeling te kiezen.

Dat de keuze van een hulpverlener, ook zonder het volgen van zo’n formulier, afhankelijk is van de eigenschappen van de cliënt laat het onderzoek van Zuber (2000) zien. Aangetoond wordt dat hulpverleners de keuze voor een bepaalde behandelvorm laten afhangen van de probleem-formulering en het verbale uitdrukkingsvermogen van de patiënt. David Orlinsky (2003) gaat er ook van uit dat naast de eigenschappen van de stoornis, en de eigenschappen of persoonlijkheid van de persoon die onder de stoornis lijdt, ook de culturele context bij het kiezen van een bepaalde therapievorm een grote rol zou spelen. Hij geeft aan dat het toepassen van de individuele gesprekstherapie bij indianen uitwerkingen als ongewilde

culturele missionering kan hebben, omdat zij niet verenigbaar is met de traditionele betekenissen van persoon, sociale relaties en spiritualiteit.

Deze drie opvattingen laten zien dat het maken van een keuze voor een bepaalde behandeling van verschillende factoren afhankelijk kan zijn. De keuze voor een bepaalde behandeling wordt lang niet altijd op rationele gronden gemaakt. Het is zeer voorstelbaar dat ook bepaalde eigenschappen van de hulpverlener de keuze en daardoor misschien ook de therapie-uitkomsten kunnen beïnvloeden. Naast de reeds genoemde stereotypen en 'biases' zouden ook andere eigenschappen van de hulpverlener van invloed kunnen zijn. In de literatuur wordt hierbij vaak op hoop als beïnvloedende factor ingegaan (Schechter, 1999., Irving et al, 2003., Bergin & Walsh, 2005) Franck (1967) beschrijft al in de jaren zestig dat de verwachtingen van een hulpverlener de effectiviteit van een behandeling kunnen beïnvloeden. Hoop blijkt dus al lang bekend te zijn als beïnvloedende factor bij de effectiviteit van behandelingen. Deze reden focust dit onderzoek ook op de invloed van hoop.

1.3 Hoop

1.3.1 Invloed van hoop op de behandeling

In een artikel van Schechter (1999) wordt aangetoond hoe de hoopvolheid van de hulpverlener zijn werk en ook de effectiviteit van de behandeling kan beïnvloeden. Hoop wordt gedefinieerd als het product van een delicate balans tussen de tolerantie van de hulpverlener voor de problemen van het leven en de verwachting van een positieve behandeluitkomst. Proefpersonen in het onderzoek gaan ervan uit dat hoop van zowel behandelaar als cliënt essentieel is voor het uitvoeren van psychotherapie. Zo kan het voorkomen dat een hulpverlener bij wie de hoop door interferentie met eigen problemen laag is, de behandeling moet afbreken. Het blijkt dat verder vooral een gebrek aan tijd voor behandeling de hoop van de behandelaar negatief kan beïnvloeden (Schechter 1999). Ook de hoop van de cliënt blijkt van invloed te zijn op de effectiviteit van de therapie. Het onderzoek van Irving et al. (2003) laat zien dat de behandelingsuitkomsten bij hoopvolle cliënten in de voorbehandeling al beginnen en in latere fasen van psychotherapie beter kunnen zijn dan bij minder hoopvolle cliënten.

Bergin en Walsh (2005) gaan specifiek in op de rol van hoop in psychotherapie bij oudere cliënten. Zij stellen dat hoop in therapie direct door 'key experiences' van het ouder worden beïnvloed wordt. 'Key experiences' zijn bijvoorbeeld het onder ogen zien van fysiek en/of cognitief verval en de dood. Als een cliënt fysieke of cognitieve problemen heeft, meerdere verlieservaringen heeft meegemaakt en een gereduceerd sociaal netwerk heeft, is het te laat om fysieke en psychische schade terug te draaien. Hoop op verandering is hier vermoedelijk niet aan de orde. Bergin en Walsh stellen drie typen van klinisch werk voor om met de hoop van ouderen te werken: 1. het faciliteren van realistische hoop door het uitdagen van onrealistische hoop en het (her)creëren van realistische hoop, 2. het effect van wanhoop en 3. het overleven in plaats van gedijen. Bij het faciliteren van realistische hoop gaat het bijvoorbeeld om een cliënt, die leeftijdsgebonden veranderingen meemaakt, zoals een handicap na een beroerte, en daardoor in een crisis terecht komt. Bij deze cliënt is het aan de orde de hoop aan de situatie aan te passen, zodat hij weet dat bepaalde dingen niet meer op het oude niveau komen. Het gaat er dan om dat hij weet wat nog mogelijk is en wat nog leuk in het leven is. Bij het werken met wanhoop gaat het vooral om het verleden van de cliënt. De cliënt denkt na over zijn leven en is bijvoorbeeld door het verloop van zijn leven teleurgesteld of beleeft andere negatieve emoties. Het gaat er bij dit klinisch werk om deze emoties te verwerken en te relativiseren door het benoemen van positieve dingen die men meegemaakt heeft. Overleven in plaats van gedijen doelt op mensen, die tijdens hun leven veel nare

ervaringen hebben gemaakt, of aan persoonlijkheidsstoornissen lijden. Het is niet te verwachten dat deze personen een bloeiend leven einde hebben dat zich sterk onderscheidt van de rest van hun leven. Men kan deze cliënten helpen hun oude coping-strategieën te benutten om met de actuele problemen aan de slag te gaan.

Verder wordt vermeld dat hoop opgebouwd wordt in de relatie tussen cliënt en therapeut. De therapeut is degene die de hoopvolheid communiceert met betrekking tot de verwachting dat het leed van de cliënt zal worden verlicht. De hoop van de cliënt wordt versterkt, door expliciet positieve informatie over uitkomstverwachtingen uit te wisselen. Door te zien dat de behandelaar een weg vindt om uit hopeloze situaties te komen, kan de hoop van de cliënt ook versterkt worden. Door het communiceren van de positieve uitkomstverwachting ziet de cliënt zich bijvoorbeeld beter in staat het doel te bereiken. Te zien welke wegen de hulpverlener bewandelt om een probleem op te lossen kan de cliënt ertoe brengen nieuwe wegen te bedenken om zijn doel te bereiken.

Maar ook als een therapeut zijn hopeloosheid toegeeft kan dit positieve effecten hebben op de hoop van de patiënt. Dit fenomeen beschrijft Babits (2001) met de uitdrukking de “Phoenix juncture”. Dit betreft een situatie waarin de cliënt zo hopeloos is, dat hij nauwelijks open staat voor de therapie. Dit kan er bij de therapeut toe leiden dat hij zich hopeloos voelt, omdat hij geen weg ziet om de cliënt te helpen. Als de hulpverlener deze hopeloosheid tot uitdrukking brengt, leidt dit er vervolgens toe dat de cliënt zich begrepen voelt in zijn hopeloosheid. Daaruit kan nieuwe hoop ontstaan. Hieruit blijkt dus, dat de hoop van de hulpverlener een grote invloed heeft op de hoop van de client en (mede daardoor) op de uitkomsten van de behandeling.

1.3.2. Definities van hoop

Wat is hoop precies? De Van Dale definieert hoop als “verwachting, wens dat iets aangenaams werkelijk zal worden.” Er zijn verschillende opvattingen over hoe hoop gedefinieerd moet worden. In een artikel van Bergin en Walsh (2005) worden verschillende definities van hoop van meerdere onderzoekers verzameld. Hoop wordt daarbij soms als rationeel proces, soms als een affect-gerelateerd construct, als persoonlijkheidstrekk, als spiritueel, als transcendent proces of ook als interpersoonlijk proces gedefinieerd. Ook Snyder (2000) heeft verschillende opvattingen over hoop op een rij gezet. Hij kijkt naar de verschillen in deze opvattingen in het verloop van de tijd, en laat zien dat hoop niet altijd al positief beoordeeld wordt. Snyder citeert Benjamin Franklin met de zin “he that lives upon hope will die fasting” om aan te tonen dat hoop als illusie en iets zonder substantie wordt gezien. Snyder toont verder, dat er een verschil gemaakt wordt tussen “foolish” hoop en “genuine” hoop, waarbij men “foolish” hoop ook als foute hoop kan omschrijven. In deze opvatting wordt hoop als iets goeds gezien als de hoop niet “foolish” is. Snyder vermeldt verder dat een aantal onderzoekers ervan uit gaan dat positieve emoties, waaronder hoop, deel uit maken van alle genezingen. Psychologen en psychiaters zijn eind jaren zestig overeengekomen hoop als “positive expectations for goal attainment” te definiëren. Volgens Snyder ziet deze definitie hoop als unidimensioneel construct, dat de perceptie bevat, dat doelen bereikt kunnen worden. Snyder concludeert uit eigen onderzoek, dat hoop een meer complex construct is. In het vervolg word de theorie van Snyder toegelicht.

1.3.2.1 Snyders hoop theorie

Snyder, Ilardy, Cheavens, Michael, Yamhure & Simpson (2000) definiëren hoop als “a positive motivational state that is based on an interactively derived sense of succesful (a) agency (goal-directed energy), and (b) pathways (planning to meet the goals)”.

Volgens de hoop-theorie is het zo dat voor een vastberaden beweging naar een gegeven doel zowel passende wegen (pathway thinking) als ook doel-gerichte energie (agency thinking) nodig is. Doelen worden door Snyder als de ankers van de hoop-theorie gezien. Zij zijn in gepland gedrag altijd aanwezig. Om adaptief te zijn moeten de doelen bereikbaar zijn, maar de bereikbaarheid moet deels onzeker zijn. De hoop-theorie houdt zich bezig met doelen die ten minste van gematigd belang zijn en een gemiddelde haalbaarheid hebben.

Opdat beweging naar het doel tot stand komt moet een persoon geloven, dat hij wegen naar dat doel bedenken kan. Dit “pathway thinking” reflecteert dus de door een persoon waargenomen eigen bekwaamheid om goede wegen naar het doel te formuleren. En de capaciteit om - als een weg waarop men focust niet werkt - andere wegen te bedenken om het doel te bereiken.

Maar niet alleen het bedenken van passende wegen naar een doel is belangrijk om hoopvol te zijn. Een persoon moet de motivatie hebben om de bedachte weg te volgen. “Agency” is dus het geloven, dat men de bedachte weg naar een doel toe kan beginnen en volhouden.

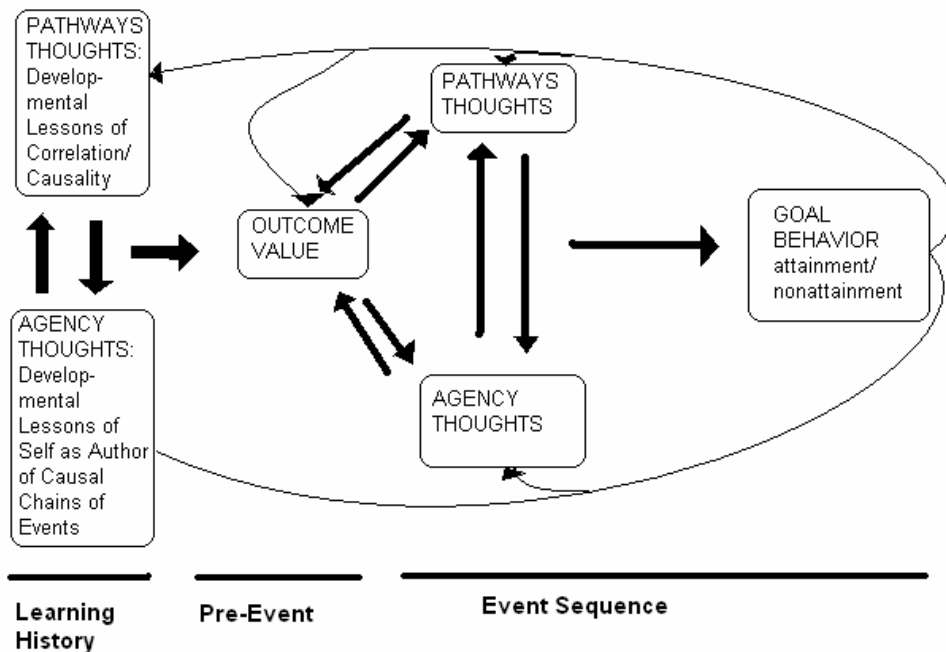
“Agency” en “pathway thoughts” zijn additief en iteratief. Een verhoging in de ene component zou leiden tot een verhoging in de andere component. Het verhogen van “agency thoughts” zal dus ertoe leiden dat ook meer naar geschikte wegen wordt gezocht. Het verhogen van “pathway thoughts” zal ertoe leiden, dat de “agency thoughts” omhoog gaan. Deze sequentie van hoopvol denken kan over de tijd gevolgd worden.

Pathway thinking begint al bij de geboorte van een kind als dit de eerste dingen die tijdelijk correleren ontdekt en misschien al de causaliteit begrijpt. Het agency denken ontstaat uit het bewustzijn dat het kind separaat van andere dingen bestaat en uit het inzicht dat het kind de initiator van causaal verbonden gebeurtenissen is. Tijdens de kindertijd en latere leeftijd itereren pathway en agency gedachten, en werken deze samen als een persoon waarde aan een bepaalde uitkomst hecht. Als deze uitkomst voldoende belang heeft om mentale aandacht te eisen, richt de persoon zich in zijn cognitieve proces op agency en pathway denken.

Ook in de “event sequence” itereren pathway en agency gedachten en leiden deze tot doelgericht gedrag en het al dan niet halen van het doel. De perceptie van een persoon of een doel al dan niet is bereikt, roept bij de persoon emoties op. Deze emoties beïnvloeden de volgende waarneming van agency en pathway gedachten in het algemeen, maar hebben ook invloed op de waarde van de uitkomsten en situatie-specifieke pathway en agency capaciteiten. In figuur 2 zijn deze processen schematisch weergegeven.

In de hoop theorie worden twee soorten hoop onderscheiden. De eerste wordt trait-hoop genoemd en beschrijft hoop als een karaktertrek, die over de tijd grotendeels constant blijft. De tweede is de state- hoop, die situatie-afhankelijk is en daardoor over de tijd verandert.

Figuur 2: Schema van de feedforward en feedback processen van de agency en pathways doel-gerichte gedachten in de hoop theorie. (Snyder et al 2000)



1.3.3 De invloed van hoop op de behandelkeuze

Maar hoe kan het construct “hoop” de keuze voor een behandeling beïnvloeden? Men kan ervan uitgaan dat de hoop van de therapeut de uitkomstverwachtingen van bepaalde therapievormen beïnvloedt. Zijn agency gedachten zijn laag en hij ziet zichzelf niet in staat een bepaalde therapie succesvol uit te voeren. Ook de inschatting van de hoopvolheid van de cliënt kan verlaagd zijn. Als de agency gedachten bij de cliënt laag worden ingeschat, kan dit ertoe leiden dat het succes van een behandeling lager wordt ingeschat. Ook lage pathway-gedachten kunnen ertoe leiden dat behandelingen als minder succesvol worden beoordeeld. De behandelaar kan het gevoel hebben geen wegen te kunnen bedenken om een therapie bij een cliënt toe te passen. Een lage trait hoop zou er dus toe leiden dat de effectiviteit van een therapie-vorm lager wordt ingeschat. Een hoge trait hoop zou ertoe leiden, dat de effectiviteit van een behandeling hoger wordt ingeschat. Even zo zouden state hoop en de ingeschatte hoop van de patiënt de hoop in therapie-vormen beïnvloeden. Deze vermindering of verhoging van hoop in therapie-vormen hoeft niet bij elke therapie-vorm in gelijke mate op te treden. Dat kan ertoe leiden, dat behandelaars, die weinig hoop hebben andere behandelkeuzes maken dan hoopvolle behandelaars. De hoopvolheid van de behandelaar kan dus al de keuze voor een bepaalde behandeling beïnvloeden en hierdoor kan misschien een behandeling gekozen worden, die minder geschikt is voor de cliënt.

1.4. De onderzoeksvragen

Het onderhavige onderzoek beoogt twee dingen te verhelderen.

1. Welke factoren beïnvloeden volgens hulpverleners hun behandelkeuze?
2. Is 'hoop' een factor van belang in het beïnvloeden van behandelkeuzen?

Hier zijn verschillende hypothesen te toetsen.

- De hoop van een hulpverlener heeft invloed op zijn keuze voor een behandeling.
- De hoop van een hulpverlener heeft invloed op zijn succesinschatting van behandelingen.
- De succesinschatting van verschillende behandelingen van een hulpverlener heeft invloed op zijn behandelkeuze.

2. Methode

Om een antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvragen en hypothesen, wordt bij het circuit ouderen van Mediant GGZ een onderzoek uitgevoerd.

Met behulp van interviews en open vragen wordt nagegaan welke factoren hulpverlener in hun keuze voor een behandeling waarnemen.

Om de hypothesen met betrekking tot hoop te toetsen worden meetinstrumenten ontworpen en toegepast, zodat hoop, succesinschattingen en keuze-neigingen, kwantitatief gemeten kunnen worden.

2.1 De onderzoeksetting

Bij het circuit ouderen van Mediant is het zo dat tussen de verwijzing door de huisarts en het kiezen voor een bepaalde behandeling verschillende stappen liggen, die in het filtermodel van Golberg en Huxley niet vermeld zijn.

De eerste stap is dat de verwijzer vermeldt welke klachten de cliënt heeft en om welke reden hij doorverwezen wordt naar Mediant. De hulpverlener maakt op basis van deze gegevens een inschatting of de cliënt überhaupt door Mediant geholpen kan worden of niet. Vervolgens wordt de keuze gemaakt of het intake-gesprek door een arts een psycholoog of een sociaal psychologisch verpleegkundige (SPV) wordt uitgevoerd. Deze keuze wordt dan in een multidisciplinair nog een keer besproken. Degene die het intake-gesprek voert, vult aan de hand van de gegevens die hij in het gesprek verzamelt een formulier in dat de belangrijkste informatie over de cliënt, zijn klachten en zijn situatie bevat. Verder stelt hij met behulp van dit formulier de cliënt en zijn problematiek voor aan een multidisciplinair team, dat dan bepaalt welke behandeling voor de cliënt het meest geschikt is. Men kan ervan uit gaan, dat de keuze voor een behandelingsaanbeveling, die aan hand van het intake formulier gemaakt

wordt de uiteindelijke keuze voor een therapie beïnvloedt. Om deze reden focust dit onderzoek zich op deze stap.

Het circuit ouderen bij Mediant bestaat uit twee verschillende teams, het team Enschede en het team Hengelo, die voor verschillende regio's verantwoordelijk zijn.

2.2 Werving van respondenten

Doordat de contacten met de teams en de structuren binnen de teams verschillend zijn, worden de teams op verschillende manieren en verschillende tijden benaderd. De hulpverleners in het team Hengelo worden door een persoon uit het team en/of per e-mail benaderd, en daarbij gevraagd aan het onderzoek mee te doen. Zij krijgen direct een vragenlijst die een “trait”-hoop vragenlijst bevat en die ze of later bij de collega of samen met het hoofdonderzoek kunnen inleveren. De vroege afname zou ten eerste ertoe leiden dat er minder interferentie is tussen de state- en trait-hoop-vragenlijst dan als zij direct achter elkaar worden afgenomen. Ten tweede kan het invullen van de trait-hoopvragenlijst als “foot in the door” tactiek werken (Brehm, Kassin, Fein, 2002). De hulpverlener voelt zich, als hij al een paar minuten aan een onderzoek besteed heeft, zo betrokken dat hij eerder geneigd is nog een uur van zijn tijd in dit onderzoek te investeren. Het team Enschede wordt per e-mail en tijdens een teambespreking persoonlijk door een onderzoeker benaderd. Tijdens de teambespreking worden het doel, de context en de opbouw van het onderzoek kort toegelicht. Ook krijgt elke hulpverlener korte schriftelijke informatie over het onderzoek en de trait-hoop-vragenlijst. Verder krijgen de hulpverleners die geïnteresseerd zijn om mee te doen de mogelijkheid direct een onderzoeksmap mee te nemen en een afspraak voor het interview te maken.

2.3 Meetinstrumenten

2.3.1 De toegepaste meetinstrumenten

Hulpverleners krijgen voorafgaand aan het hoofdonderzoek een vragenlijst, die beoogt traithoop te meten.

Het hoofdonderzoek is als volgt opgebouwd. De hulpverleners krijgen een map waarin zich ten eerste de state-hoop-vragenlijst bevindt. Hierop volgen vijf casusteksten die in hun opbouw op de intakesamenvatting lijkt (het formulier dat de hulpverleners na het intake gesprek invullen). Na elke casus wordt de hulpverlener gevraagd, een schatting van de GAF-score bij elke cliënt te maken en een state-hoopvragenlijst over de client in te vullen. De GAF score is een maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon kan worden aangeduid. De GAF-score kan een waarde tussen 1 en 100 hebben (zie bijlage). Daarna wordt hen gevraagd een succesinschatting te geven van elke bij het circuit ouderen van Mediant aangeboden behandeling. Dat doen ze door een cijfer van 1 tot en met 8 toe te kennen en een keuze voor een bepaalde behandeling te maken. Deze zullen ze kort met hun eigen woorden omschrijven. De behandelingen die bij het circuit ouderen worden aangeboden kunnen in verschillende groepen worden onderverdeeld.

Dit zijn:

- biologische behandelvormen,
- psychologische behandelvormen,
- groepsbehandelvormen,
- therapeut behandelvormen,
- SPV behandelvormen,
- opnameregeling,
- logeerbedregeling,
- verwijzing naar elders.

Welke behandelingen bij welk groep hoord staat in het onderzoek bij de groepen vermeld.

De hulpverlener wordt gevraagd bij elk behandelingscluster aan te geven of hij een behandeling uit dat cluster nu, misschien later of helemaal niet zou voorstellen. Daarna wordt de hulpverlener gevraagd een schatting van de GAF-score van de cliënt na afronding van de aanbevolen therapie te maken. Schriftelijk zal hij vervolgens de volgende vragen beantwoorden, die in gaan op de factoren die de hulpverlener ertoe hebben gebracht bij deze cliënt voor de genoemde behandeling te kiezen. (zie bijlage)

In de map ligt los een blad met de richtlijnen voor het vaststellen van de GAF-scores.

De hulpverleners kunnen ervoor kiezen of ze de vragenlijsten alleen willen invullen of in bijzijn van een onderzoeker, zodat ze vragen kunnen stellen. Ze zijn vrij te bepalen wanneer ze het onderzoek willen invullen. Nadat ze het onderzoek hebben ingevuld, wordt bij hen nog een kort interview afgenomen om er achter te komen welke factoren in het algemeen de keuze voor een bepaalde behandeling beïnvloeden. (zie bijlagen)

2.3.2 De ontwikkeling van de meetinstrumenten

Het onderzoek word met een medewerker uit het team Hengelo en met behulp ven echte geanonimiseerde dossiers ontworpen. Ook de interviewvragen worden met behulp van de medewerker ontworpen. Bij deze persoon en een universiteitsmedewerker word het onderzoek als “pilot” afgenomen. Zodoende kan een schatting voor de benodigde tijd gemaakt worden en kunnen noodzakelijke wijzigingen in de structuur en opbouw van het onderzoek en van het interview worden doorgevoerd.

Voor het meten van “state” en “trait”- hoop heeft Snyder vragenlijsten ontworpen. Deze zijn goed ontwikkeld en gevalideerd (Snyder et al, 1991) en van de nederlandse versie van de lijsten wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt. De nederlandse is nog niet goed gevalideerd zo dat hierover geen gegevens beschikbaar zijn.

De trait-vragenlijst bestaat uit 12 items: vier agency-items, vier pathway-items en vier filler-vragen De Cronb ach's alpha bij deze items ligt tussen .74 en .84 en de test retest betrouwbaarheid ligt bij een 3 weken interval op .85, bij een 8 weken interval op .73 en bij een 10 weken interval in een studie op .76 en in een andere op .82. (Snyder et al, 1991) De

vragenlijst is op verschillende manieren gevalideerd. Verschillende onderzoeken naar convergente validiteit laten zien dat de hoop-lijst correleert met constructen die overeenkomstig zijn met het construct hoop.

2.4. De analysemethoden

2.4.1 De kwalitatieve analyse

Om de eerste onderzoeksvraag “Welke factoren beïnvloeden volgens hulpverleners hun behandelkeuze?” te beantwoorden, worden de interviews getranscribeerd. Vervolgens worden deze gegevens samen met de open vragen met behulp van de “open coding” strategie uit de grounded theory van Strauss en Corbin (1996) geanalyseerd. Zo kan de informatie over invloeden in het maken van een keuze die een hulpverlener geeft in concepten, fenomenen en categorieën worden ingedeeld. De Grounded theory beschrijft een methode. Met behulp van deze methode kan men aan de hand van verschillende stappen uit kwalitatieve data een kwalitatief onderbouwde theorie formuleren. De eerste stap van deze methode is de open coding strategie, die als doel heeft de kwalitatieve data te categoriseren. Eerst wordt gekeken wat voor fenomenen geïdentificeerd kunnen worden. Vervolgens wordt bepaald welke concepten de fenomenen representeren. Uiteindelijk wordt gekeken hoe de concepten in categorieën kunnen worden ingedeeld. Als een hulpverlener bijvoorbeeld zegt dat hij een andere keuze maakt als hij een cliënt onaardig vindt, dan zou men het ‘onaardig vinden van de cliënt’ als antipathie-fenomeen kunnen benoemen. Het antipathie-fenomeen kan samen met andere fenomenen samengevat worden onder het concept ‘emotie’. En het concept ‘emotie’ kan met andere concepten samengevat worden in de categorie ‘persoonlijkheid van de hulpverlener’. Op deze manier kan geanalyseerd worden hoe factoren met elkaar samenhangen en bij welke categorie zij horen. Zo kan men een beeld krijgen van de verschillende factoren die de hulpverleners als beïnvloedend in hun keuze waarnemen. In dit onderzoek wordt tussen hoofd- en subcategorieën onderscheiden. De persoonlijkheid van de hulpverlener is dan de subcategorie van alle informatie betreffende de hulpverlener.

2.4.2 De kwantitatieve analyse

Om na te gaan of de hypothesen met betrekking tot hoop onderbouwd kunnen worden, wordt met behulp van regressie-analyses onderzocht of een verlaagde hoop tot een verlaagde succes-inschatting van behandeling leidt. De succes-inschatting van behandelingen wordt gemeten met het gemiddelde van alle scores die de hulpverlener aan de verschillende behandelingen heeft gegeven. Verder wordt gekeken of de succes-inschatting van behandelingen invloed heeft op de neiging om voor een bepaald behandelingscluster te kiezen. Bij elk behandelingscluster kan uit drie mogelijkheden gekozen worden: ‘ja’, ‘misschien later’ of ‘nee’. Om de neiging om voor een bepaalde behandelingscluster te kiezen te bepalen, wordt “ja” met een één, “misschien later” met een twee en “nee” met een drie beoordeeld. Zo kan men uit de scores voor de vijf casussen een gemiddelde score berekenen. Hoe hoger de gemiddelde score is, hoe kleiner is de neiging om voor een bepaalde behandeling te kiezen. Met behulp van regressie-analyses wordt gekeken of de succes-inschatting de neiging om voor een bepaalde behandeling te kiezen kan voorspellen. In welke mate de hoop van de hulpverlener directe invloed heeft op de neiging om voor een bepaalde behandelingscluster te kiezen, wordt ook met behulp van regressie-analyse nagegaan. Omdat ook de waargenomen hoop van de client van invloed kan zijn op de keuze en de succes-inschatting en beïnvloed kan zijn door de hoop van de hulpverlener, wordt ook nagegaan of de

hoop van de hulpverlener die van de cliënt kan voorspellen. Verder wordt vastgesteld in welke mate de hoop van de hulpverlener de uitkomstverwachting van de voorgestelde behandelingen beïnvloedt. De uitkomstverwachting kan bepaald worden door het verschil tussen de schatting van de GAF-score vóór de behandeling en na de behandeling. De algemene uitkomstverwachting wordt berekend uit het gemiddelde van deze scores. Met behulp van regressie-analyse wordt nagegaan of de hoop van de hulpverlener de algemene uitkomstverwachtingen kan voorspellen.

3. Resultaten

3.1 Respons

Aan het onderzoek hebben tien hulpverleners deel genomen. In tabel 1 word weergegeven in welk team de hulpverleners die aan het onderzoek hebben meegedaan werken, en wat hun geslacht, leeftijd en professie is.

Tabel 1: demografische gegevens van de hulpverlener

Nr	Team	Geslacht	Leeftijd	Professie
1	Hengelo	Vrouwelijk	45	SPV
2	Hengelo	Vrouwelijk	49	SPV
3	Hengelo	Vrouwelijk		SPV
4	Hengelo	Vrouwelijk	40	Psycholoog
5	Hengelo	Mannelijk		SPV
6	Enschede	Vrouwelijk		Psycholoog
7	Enschede	Mannelijk	54	SPV
8	Enschede	Vrouwelijk	60	Arts
9	Enschede	Mannelijk	46	SPV
10	Enschede	mannelijk	49	SPV

Slechts één persoon had ervoor gekozen het gehele onderzoek in aanwezigheid van een onderzoeker in te vullen. Het onderzoek nam meer tijd in beslag dan in de “pilot”. De afnameprocedure is daarom zo aangepast, dat het onderzoek niet direct in zijn geheel ingevuld hoefde te worden maar ook in deelstukjes ingevuld kon worden. Het interview werd afgenomen, nadat minstens één casus was behandeld door de hulpverlener. Bij vier hulpverleners was een onderzoeker tijdens het invullen van het eerste deel van het onderzoek aanwezig. Opvallend hierbij was dat niet bij alle hulpverleners alle behandelingsmethoden bekend waren.

Bij het team Hengelo hadden vijf personen de eerste vragenlijst al voor begin van het hoofdonderzoek ingediend, en deze hebben allen mee gedaan. In het team Enschede hebben tijdens de teambespreking zes hulpverleners hun interesse tot uitdrukking gebracht en een onderzoeksmap meegenomen waarvan vijf deel hebben genomen aan het onderzoek.

3.2. Kwalitatieve analyse

Met behulp van de “open coding strategie” zijn de interviews en de open vragen analyseerd. Hierbij kwamen de volgende categorieën van beïnvloedende factoren naar voren:

- informatie betreffende de cliënt,
 - informatie over de cliënt zelf
 - ♦ demografische gegevens
 - ♦ persoonlijkheid (specifiek gedrag, trekken, mening, emoties)
 - ♦ capaciteiten
 - ♦ doel/hulpvraag
 - informatie betreffende de klachten van de cliënt
 - ♦ oorzaak
 - ♦ beloop
 - ♦ ernst (specifiek gevaar/veiligheid)
 - ♦ diagnose
 - informatie betreffende de omgeving van de cliënt
 - ♦ steunsysteem
 - ♦ leefsituatie
- Informatie betreffende de hulpverlener
 - Demografische gegevens
 - Persoonlijkheid
 - ♦ Emoties, cognities, kennis, mening (specifiek uitkomstenverwachting)
 - Werksituatie
 - Ervaringen
- Karakteristieken van de behandeling
 - Doelen
 - Stappenplannen
 - Lichtheid/eenvoud
 - Eerdere behandelingen en hun uitkomsten

Een andere beïnvloedende factor, die niet goed in één van deze categorieën in te delen was is:

- ◇ de match tussen hulpverlener en cliënt en/of zijn/haar problematiek.

3.2.1 Informatie betreffende de cliënt

3.2.1.1 Informatie over de cliënt zelf

Drie hulpverleners hebben in hun interviews vermeld dat de volledige informatie die over de cliënt beschikbaar is belangrijk is om een behandeling voor te stellen. Eén hulpverlener gaf het volgende voorbeeld om te laten zien hoe belangrijk elk stukje informatie kan zijn. Als je van een cliënt niet weet hoe zijn dagbesteding is, kan uiteindelijk blijken dat hij precies daarmee een probleem heeft; de behandeling zou zich daarop moeten richten. Vier hulpverleners noemden demografische gegevens als beïnvloedende factoren, zoals de leeftijd van de cliënt. Alle respondenten gaven aan dat de persoonlijkheid van de cliënt of daarmee samenhangende informatie de keuze voor een bepaalde behandeling beïnvloedt. Acht hulpverleners noemden bijvoorbeeld zaken, die met de mening of cognities van de cliënt samenhangen. Bijvoorbeeld het niet willen innemen van medicatie, de betekenis van opname voor de cliënt, zijn voorkeur voor een bepaalde behandeling of voor het geslacht van de hulpverlener of het vertrouwen in een behandeling. Vijf respondenten noemden dat de motivatie van de cliënt van invloed is bij de keuze. Soms zijn ook specifieke trekken genoemd, zoals de openheid of afhankelijkheid van de cliënt. Vijf hulpverleners noemden informatie over het algemene functioneren van de cliënt en daarbij dus ook wat nog goed functionerend is. Drie hulpverleners noemden specifiek de intelligentie van de cliënt en twee de lichamelijke capaciteiten.

3.2.1.2 Informatie over de klachten van de cliënt

De informatie over het probleem van de cliënt kan ook worden ingedeeld in subcategorieën. Deze zijn de oorzaak, het beloop, de ernst van het probleem en de diagnose of type problematiek. Negen hulpverleners noemden de oorzaak van het probleem als factor van belang bij het maken van de keuze. Vaak is dit niet tijdens het interview genoemd, maar is het wel in de open vragen terug te vinden. Acht hulpverleners noemden dat het beloop van het probleem hen beïnvloedt bij hun keuze. Negen hulpverleners noemden informatie, die met de ernst van de situatie samenhangt, als beïnvloedende factor bij hun keuze. Gevaar en veiligheid als criterium, vooral bij de keuze of iemand opgenomen dient te worden, gaven negen hulpverleners als beïnvloedende factor aan. Alle hulpverleners noemden dat het type problematiek / de diagnose van invloed is. Hierbij wordt vaak specifiek het onderscheid tussen as II-problematiek (persoonlijkheidsproblematiek) en as I-problematiek (primaire symptomatologie) gemaakt.

3.2.1.3 Informatie over de omgeving van de cliënt

Informatie betreffende de omgeving van de cliënt wordt opgedeeld in het steunsysteem en leefsituatie. Alle hulpverleners noemden het steunsysteem, maar de invloed hiervan wordt verschillend ingeschat. Eén hulpverlener zegt bijvoorbeeld dat als het steunsysteem zwak is, je minder van de cliënt kunt vragen, omdat hij geen vangnet heeft waarop hij kan terug vallen als hij onaangename dingen tegenkomt in de behandeling. Een andere hulpverlener gaf aan dat het zeker belangrijk is naar het steunsysteem te kijken, maar dat het de keuze nauwelijks beïnvloedt. Vijf hulpverleners noemden informatie die samenhangt met de leefsituatie van de

cliënt als factor die hun keuze beïnvloedt, waarbij specifiek ook het alleen wonen genoemd werd. Een andere factor in de omgeving die een hulpverlener noemde, was hoeveel structuur de situatie geeft; dat is ook van invloed is op de keuze voor een behandeling.

3.2.2. de informatie betreffende de hulpverlener

Bij de informatie betreffende de hulpverlener gaat het niet alleen om die van degene die de behandelkeuze maakt, maar ook om trekken van de hulpverlener die de cliënt uiteindelijk gaat behandelen.

Vijf respondenten geven aan dat de demografische gegevens van een hulpverlener beïnvloedend zijn. Sommigen noemen dat het beroep beïnvloedend is en anderen noemen de leeftijd van een hulpverlener als beïnvloedende factor. Het kan bijvoorbeeld zijn dat een client een voorkeur heeft voor een mannelijke of vrouwelijke hulpverlener of dat een client liever een oudere hulpverlener wil.

Negen hulpverleners hebben de eigen persoonlijkheidstrekken als invloedrijke factoren genoemd. Eén hulpverlener zei dat er vermoedelijk invloeden zijn door persoonlijke ervaringen in de waarneming van problemen, maar dat dat niet ertoe zou leiden dat men een andere behandeling zou voorstellen.

Ook cognities spelen een rol. Meerdere hulpverleners geven als reden voor hun behandelkeuze, dat de voorgestelde behandeling de standaard behandeling voor deze problematiek is. De waarneming van de norm voor een standaard behandeling kan dus de keuze beïnvloeden. Maar deze waarneming is anders bij de verschillende respondenten. De één noemt als standaard depressie-behandeling “pillen en praten”, terwijl een ander het voorschrijven van pillen probeert te voorkomen. Een norm die iedereen waarneemt is het voorkomen van een opname. Verder wordt door veel hulpverleners genoemd dat men zo objectief mogelijk probeert te zijn.

Voorts spelen meningen en verwachtingen een rol. Negen hulpverleners beargumenteren hun keuze voor behandelingen door hun verwachtingen van uitkomsten te uiten. Of zij menen dat het effect van behandeling bij een cliënt in het algemeen “minder spectaculair” zou zijn door aanwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek. Ook spreken hulpverleners de verwachting uit dat opname bij een bepaalde problematiek geen langdurige verbetering brengt. Eén hulpverlener gaf aan dat soms toch voor opname wordt gekozen ook al is dat op dit moment nog niet nodig; bijvoorbeeld omdat men verwacht dat het steunsysteem niet overbelast is en de zorg niet langer vol kan houden. Dus ook op basis van de verwachting met betrekking tot de draagkracht van de omgeving wordt een beslissing gemaakt.

Tevens wordt de eigen kennis als beïnvloedend geïdentificeerd. Hulpverleners kiezen eerder voor behandeltypen, waar men iets van af weet dan voor zaken die hen niet bekend zijn.

Vaak hebben de hulpverleners bij de casusteksten aangegeven dat ze misschien later voor een behandeling willen kiezen. Deze keuze wordt beargumenteerd aan de hand van de uitkomstverwachting. Men verwacht dan bijvoorbeeld, dat een eenvoudiger behandeling al een bepaald effect kan hebben en zet (nog) geen complexere zorg in.

Ook de werksituatie van de hulpverlener kan volgens vijf hulpverleners van invloed zijn. Hier worden bijvoorbeeld de capaciteiten of de beschikbare tijd in het team genoemd. Maar ook welke behandelingen in huis zijn, zodat de cliënt niet verwezen moet worden en de hulp makkelijk toegankelijk is. Ook het multidisciplinaire werken is van invloed; zo gaat bijvoorbeeld bij een crisis eerder een SPV aan de slag. Een hulpverlener noemde ook dat de hulpverleners in zijn team in bepaalde wijken werken, zodat twee hulpverleners samen de cliënten uit een wijk verzorgen. Ook de mening van de collega's kan van invloed zijn bij de keuze die gemaakt wordt; welke behandelaar vinden zij bijvoorbeeld geschikt?

Door negen hulpverleners worden de eigen ervaringen als beïnvloedende factoren waargenomen. Een hulpverlener zei bijvoorbeeld dat als men een zelfmoord achter de rug heeft, men voorzichtiger is in de omgang met mensen die zich suïcidaal uiten.. Verder zijn eigen ervaringen in de omgeving of persoonlijk met problematieken als invloedrijk geïdentificeerd. Maar ook levenservaring en werkervaring blijkt de keuze voor een behandeling te beïnvloeden. Bijvoorbeeld de ervaring met behandeltypen die bij een bepaald soort cliënten werkzaam zijn gebleken

3.2.3 Karakteristieken van de behandeling

De laatste van de hoofdcategorieën behelst de eigenschappen van de behandeling. Deze categorie is weer op te delen in vier subcategorieën. Dit zijn de doelen van de behandeling, de eenvoud / laagdrempeligheid van de behandeling, de resultaten van eerdere behandelingen en de stappen in een behandeling (subdoelen).

3.2.3.1 Doelen van een behandeling

Acht hulpverleners beargumenteerden de keuze voor een behandeling aan de hand van de doelen die de behandeling zou hebben. Een opname wordt bijvoorbeeld door één hulpverlener niet als goed middel gezien om te behandelen maar wel als het het doel is om te diagnosticeren of de cliënt of zijn omgeving een “time-out” te geven. Het doel van een behandeling kan ook preventie zijn of het stabiliseren van de cliënt.

3.2.3.2 Stappen in een behandeling

Het stabiliseren van de cliënt speelt ook een grote rol in het plannen van de stappen in de behandeling. Bij het plannen van stappen gaat het in principe om de keuze een behandeling niet nu maar wel misschien later toe te willen passen. Alle hulpverleners blijken in stappen te plannen. Zij noemen verschillende redenen om dit te doen. Een cliënt moet soms bijvoorbeeld eerst gestabiliseerd worden voordat hij aan een cognitieve of zelfs een groepstherapie kan beginnen. Eén hulpverlener zei dat hij in de praktijk alleen de eerste stap plant, door te kijken wat op het moment nodig is. Een andere reden om in stappen te plannen is dat men eerst voor een behandeling gaat kiezen, die licht is. Als deze behandeling geen goede resultaten oplevert, dan wordt een complexere behandeling ingezet. Dit is bijvoorbeeld zo bij de keuze iemand op te nemen. Men probeert eigenlijk de cliënt zo lang mogelijk thuis te houden, maar als daar geen verbetering blijkt te zijn wordt de cliënt vervolgens wel opgenomen. Met deze argumentatie om voor het plannen van stappen te kiezen hangen de categorieën lichtheid / eenvoud en de effecten van eerdere behandelingen samen.

3.2.3.3 Eenvoud/lichtheid van behandeling

Vijf hulpverleners benoemden de eenvoud / lichtheid van een behandeling factor die van invloed is op de keuze. Dit kan bijvoorbeeld komen, doordat een bepaalde behandeling sneller voorhanden en dus sneller inzetbaar is. En opname kan ook negatieve effecten hebben of door de cliënt als stigma beleefd worden. Maar een behandeling kan door de lichamelijke toestand of de mogelijkheden van vervoer voor iemand helemaal niet toegankelijk zijn.

3.2.3.4 Resultaat van eerdere behandelingen

De uitkomsten van eerdere behandelingen, vooral in samenhang met het plannen van stappen, worden door zes hulpverleners genoemd. Eén hulpverlener hechtte ook groot belang aan het kijken welke behandelingen al eerder door andere voorzieningen toegepast zijn en welke effecten deze hadden. Een andere hulpverlener noemde de effecten van eerdere behandelingen, die de hulpverlener zelf bij een cliënt heeft toegepast.

3.2.4 De “match”

Acht hulpverleners benoemden de “match” tussen hulpverlener en cliënt of specifiek de problematiek van de cliënt als belangrijke factor in de keuze voor een behandeling. Soms blijkt het dat men van tevoren kijkt bij welke hulpverlener een cliënt zou passen. Een slechte “match” kan ertoe leiden, dat een hulpverlenerswissel in de al begonnen behandeling plaatsvindt.

3.3 De kwantitatieve analyse

3.3.1 De kwantitatieve data

De data van de kwantitatieve analyse zijn helaas niet geheel compleet. Eén hulpverlener kon door ziekte de onderzoeksmap niet inleveren, zodat bij de analyses met een N=9 gewerkt is. De grootte van de steekproef moet men bij de interpretatie van de volgende data in het oog houden. De state-hoop vragenlijst die is door twee hulpverleners helemaal niet ingevuld. Een derde hulpverlener vulde deze pas kort voor het interview in. Doordat het onderzoek door veel hulpverleners niet zonder langere onderbrekingen ingevuld is, wordt met de state-hoop vragenlijst dus ook bij deze hulpverleners niet de hoop op het moment dat ze de keuzes maken gemeten. Om deze redenen wordt de state-hoop vragenlijst niet bij de analyses betrokken. De rest van het onderzoek is ook niet altijd in zijn geheel ingevuld. Vooral bij de succes-inschattingen van de verschillende behandelingen komt het voor dat behandelingen niet beoordeeld zijn. Ook bij de schattingen van de GAF scores zijn soms niet alle schattingen gemaakt. Hier is door verschillende hulpverleners vergeten de tweede schatting te maken.

Voor de analyses is het gemiddelde uit de succes-inschattingen nodig. Omdat de gegevens waarschijnlijk niet bewust niet gegeven zijn, kan men het gemiddelde berekenen uit de gegeven informatie die wel voorhanden is. Bij het berekenen van de succes-inschatting aan de hand van de GAF-scores moet men door de verschillen in de casusteksten ervan uit gaan dat eigenschappen van de tekst tot een hoger of lager verschil tussen de eerste schatting en de tweede schatting bij een cliënt leiden. Bij de derde casustekst wordt bijvoorbeeld de verandering in de GAF-scores gemiddeld op rond 15 punten geschat, bij de vierde casus maar op 10 en bij de derde casus zelfs gemiddeld op 30 punten. Als een hulpverlener geen volledige

gegevens had ingeleverd bij de 3^e casus en een andere hulpverlener bij de 5^e, zou het gemiddelde uit de beschikbare informatie erg vervormde informatie gegeven. Om dit effect zo klein mogelijk te maken, wordt bij de missende gegevens voor het GAF-verschil de gemiddelde score berekend uit de gegevens van de andere hulpverleners. Als een hulpverlener bij de derde casus geen volledige informatie heeft ingeleverd, wordt met een GAF-score-verschil van rond 15 punten gerekend. De nauwkeurigheid van deze meting is nog steeds verminderd. Bij de keuze voor de behandelingclusters mist soms informatie. Hier wordt uit de gegeven data het gemiddelde berekend en daarmee gewerkt.

3.3.2 De analyse

Om te kijken hoe de invloed van hoop op de succesinschatting en van hoop en de succesinschattingen op de keuze is, worden tweezijdige regressieanalyses doorgevoerd. Dit wordt met behulp van een ANOVA-toets gedaan. Tabel 2 laat zien welke verschillende berekeningen gemaakt zijn. In de kolom “onafhankelijke factor” staat die factor die de afhankelijke factor voorspelt. In de kolom ‘afhankelijke factor’ staat dus die factor, die door de onafhankelijke factor (traithoop of succesinschatting) voorspeld wordt. Met behulp van een ANOVA-toets wordt nagegaan of de stelling - dat de onafhankelijke factor de afhankelijke factor voorspelt – onderbouwd kan worden. In de kolom “Kans dat $b' = 0$ ” staat de waarschijnlijkheid, dat de onafhankelijke factor geen invloed heeft op de afhankelijke factor. Als deze kans kleiner is dan 0,10 kan de stelling, dat hoop of de succesinschatting de andere factor voorspellen, onderbouwd worden. De stelling, dat men met de traithoop-score van een hulpverlener de gemiddelde succesinschatting kan voorspellen, kan niet onderbouwd worden. De kans dat de traithoop geen voorspellende waarde heeft is met 0,655 namelijk groter dan 0,1.

De kansen die kleiner zijn dan 10% zijn **vet** geschreven, en die die kleiner zijn dan 5% zijn ook *cursief* geschreven.

Omdat de steekproef klein is, moeten deze gegevens met enige terughoudendheid geïnterpreteerd worden en men kan niet veel conclusies trekken. Maar men ziet dat de hypothese, dat hoop de behandelkeuze beïnvloedt, aan hand van deze gegevens niet onderbouwd kan worden. De overschrijdingskans is 0,1; de kans dat traithoop geen voorspellende waarde heeft op de andere factor is dus kleiner dan 10%. Ook de hypothese, dat hoop invloed heeft op de succesbeoordelingen van de verschillende behandelingen, kan niet onderbouwd worden. Ook de kans, dat hoop geen voorspellende waarde heeft op de GAF-score inschatting of de hoop van de cliënt, is groter dan 10%, dus..... Verder wordt onderzocht of de gemiddelde succes-inschatting van de verschillende behandelingen voorspellende waarde heeft op de neiging om voor een behandelingscluster te kiezen. De hypothese dat hoop de behandelkeuze beïnvloed kan aan hand van de ANOVA tests bij biologische behandelingen, psychologische behandelingen en verwijzing niet onderbouwd worden. Maar dat de gemiddelde succes-inschatting van de verschillende behandelingen invloed heeft op de keuze voor een logeerbed, opname een SPV behandeling, behandeling door een therapeut en op groeps behandelingen zou bij een overschrijdingskans van 0,1 onderbouwd kunnen worden. De kans dat de gemiddelde succes-inschatting van de verschillende behandelingen geen voorspellende waarde heeft op de keuze voor een SPV behandeling, ligt zelfs op 0,9%, en bij de therapeut behandelingen maar op 1,6%. Aan hand van zulke gegevens kan bij een representatieve steekproef de hypothese dat de succesinschatting de keuze beïnvloed onderbouwd worden.

Tabel 2 Uitkomsten van ANOVA-toetsen.

Onafhankelijke faktor	Afhankelijke faktor	F-Waarde	Kans dat $b^1 = 0$
Traithoop	GAF	0,323	0,587
Traithoop	Succesbehandeling	0,218	0,655
Traithoop	Clienthoop	1,291	0,293
Traithoop	Biologische Behandeling	0,599	0,464
Traithoop	Psychologische Behandeling	2,703	0,144
Traithoop	Groep behandeling	2,019	0,198
Traithoop	Therapeut behandeling	0,075	0,792
Traithoop	SPV behandeling	0,789	0,404
Traithoop	Opname	0,924	0,368
Traithoop	Logeerbed	0,269	0,620
Traithoop	Verwijzing	0,254	0,630
Succesbehandeling	Verwijzing	1,087	0,332
Succesbehandeling	Logeerbed	4,721	0,066
Succesbehandeling	Opname	4,404	0,074
<i>Succesbehandeling</i>	<i>SPV behandeling</i>	<i>12,986</i>	<i>0,009</i>
<i>Succesbehandeling</i>	<i>Therapeut behandeling</i>	<i>9.842</i>	<i>0,016</i>
Succesbehandeling	Groep behandeling	4,015	0,085
Succesbehandeling	Psychologische behandeling	0,191	0,675
Succesbehandeling	Biologische behandeling	2,294	0,174
Succesbehandeling	GAF	2,882	0,133

Alle vet gedrukte behandelingen in tabel 2 blijken eerder te worden gekozen naarmate de succes-inschatting groter is.

4. Conclusie en discussie

4.1. Welke factoren beïnvloeden volgens hulpverleners hun behandelkeuze?

4.1.1 Beïnvloedende factoren

Aan de hand van de gegevens die door de interviews verkregen zijn, ziet men dat door de hulpverleners verschillende factoren als beïnvloedend bij de keuze voor een bepaalde behandeling waargenomen worden. Elk van deze factoren kan men in één van drie hoofdcategorieën indelen.

- Informatie betreffende de cliënt
- Informatie betreffende de hulpverlener
- Informatie betreffende de behandeling

Informatie uit deze drie categorieën wordt door elke hulpverlener als beïnvloedend bij de keuze waargenomen. Verdere categorieën of factoren die niet in één van deze categorieën ingedeeld kunnen worden, kunnen niet aan de hand van de afgenomen interviews geïdentificeerd worden. Men kan er dus van uit gaan dat informatie betreffende de cliënt, de behandeling en de hulpverlener de hulpverleners meer of minder bewust in hun keuzes voor behandelingen beïnvloedt.

Binnen deze informatiecategorieën zijn sommige subcategorieën die door bijna elke hulpverlener genoemd zijn. Hierdoor kan men concluderen, dat deze subcategorieën hulpverleners in hun keuze voor een behandeling beïnvloeden. Opvallend is bijvoorbeeld dat bijna alle (acht of meer) hulpverleners informatie uit alle vier subcategorieën van de probleem-categorie, dus

- oorzaak
- verloop
- ernst (specifiek gevaar/veiligheid)
- diagnose,

als beïnvloedend noemen. Zelfs het gevaarscriterium wordt door negen hulpverleners als beïnvloedend genoemd. Veel verschillende karakteristieken van de problematiek die de cliënt beleeft blijken de hulpverlener in het maken van zijn keuze te beïnvloeden.

Verder noemen alle hulpverleners dat de persoonlijkheid van de cliënt de keuze beïnvloedt en veel hulpverleners noemen specifiek dat de mening en cognities van de cliënt de keuze beïnvloeden. Ook het steunsysteem van de cliënt wordt door alle hulpverleners als beïnvloedend waargenomen. Bijna alle hulpverleners zien hun eigen ervaringen en persoonlijkheid als beïnvloedend bij de keuze. Specifiek noemen de meeste hulpverleners nog de uitkomstverwachting. De uitkomstverwachtingen worden beïnvloed door onder andere de complexiteit van de behandeling. De hulpverleners blijken de behandeling na te streven, waar zij de beste uitkomsten verwachten. Dit is interessant als men bedenkt dat eerder in dit artikel vermeld staat, dat het van belang is, dat tijdens de behandeling door de hulpverlener positieve uitkomstverwachtingen gecommuniceerd worden. Verder is interessant, dat de behandeling

met de beste uitkomstverwachting of de waarneming wat de standaard behandeling is die bij een probleem toegepast wordt, verschillend is bij de verschillende cliënten. Een verdere factor die door bijna alle hulpverleners genoemd werd, is de match tussen hulpverlener en cliënt. Deze factor wijst erop dat de meeste factoren samenwerkend zijn. Hier dus karakteristieken van de cliënt en van de hulpverlener. Of een hulpverlener een goede hulpverlener voor een cliënt is, is mede afhankelijk van de trekken van de cliënt en of deze bij de hulpverlener passen, zodat het “klikt”.

4.1.2 De categorieën in vergelijking met bestaande opvattingen

In de inleiding zijn drie verschillende opvattingen beschreven over hoe de keuze voor een behandeling het best gemaakt wordt. In het vervolg worden de gegevens uit dit onderzoek met betrekking tot de drie opvattingen bekeken.

4.1.2.1 De diagnose als uitgangspunt

De eerste opvatting gaat ervan uit dat de diagnose de keuze voor een behandeling zou moeten bepalen. De hulpverleners in dit onderzoek noemen karakteristieken van de problematiek die de cliënt beleeft en de diagnose in het algemeen als beïnvloedend in hun keuze voor een behandeling. Ook worden waargenomen normen als beïnvloedende factoren genoemd. Men gaat bijvoorbeeld bij een bepaalde diagnose met een bepaalde standaard behandeling aan de slag. Dit wijst erop, dat de onderzochte hulpverleners daadwerkelijk aan de hand van de diagnose hun keuze maken. Niet alleen de pure diagnose speelt een rol bij de keuze, maar ook andere karakteristieken van het probleem, bijvoorbeeld het verloop van de klachten. Maar de diagnose en andere karakteristieken van het probleem zijn niet de enige factoren die de keuze voor de behandeling beïnvloeden. Ook blijkt de “standaard behandeling” bij een diagnose niet voor elke hulpverlener dezelfde behandeling te zijn. Normen worden dus verschillend waargenomen. Daarnaast bestaan er verschillende normen waar de hulpverleners zich op richten. De ene hulpverlener beargumenteert de keuze voor een behandeling door de norm, dat men standaard het sociale netwerk bij de keuze betreft. De andere hulpverlener geeft aan dat bij een diagnose een standaard behandeling toegepast wordt. Een volgende heeft de persoonlijke opvatting, dat men niet direct pillen voorschrijft. De hulpverleners beargumenteren hun keuze dus slechts gedeeltelijk op basis van de gestelde diagnose. De hulpverleners maken hun keuzes dus niet zo als in de eerste opvatting alleen aan hand van de diagnose.

4.1.2.2. De effectiviteit van diverse behandelingen is gelijk

De tweede opvatting gaat ervan uit dat het niet uitmaakt welke behandeling een cliënt krijgt omdat overkoepelende behandelingseigenschappen verantwoordelijk zijn voor positieve behandeluitkomsten. In de interviews noemden de hulpverleners, dat de samenstelling, de “match” en daarmee ook de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener belangrijk zijn bij het maken van een keuze voor de behandeling. Dit wijst erop dat de hulpverleners waarnemen dat eigenschappen van alle behandelingen belangrijk zijn bij de behandeling. In dit geval is het de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt. Maar verder noemen de hulpverleners in de interviews dat karakteristieken van de verschillende behandelingen ertoe leiden voor een bepaalde behandeling te kiezen. Voorbeelden hiervan zijn het kiezen voor behandelingen, die laagdrempeliger zijn en zo voor de cliënt makkelijker toegankelijk of dat een opname bijvoorbeeld als stigmatiserend beleefd kan worden en daardoor negatieve effecten kan hebben. een voorbeeld is dat groepstherapie soms pas later wordt toegepast, omdat een cliënt er in een actuele situatie nog niet klaar voor kan zijn en het toepassen van de behandeling op

dat moment een geringer effect zou hebben dan op een later moment. Dit laat zien dat de hulpverleners dus niet, zoals in de tweede opvatting beschreven, ervan uit gaan dat het niet uitmaakt welk behandeling je toepast omdat alle behandelingen het zelfde effect hebben.

4.1.2.3 Kenmerken van probleem en cliënt zijn doorslaggevend

De derde opvatting gaat ervan uit, dat er verschillende eigenschappen zijn van de cliënt en het probleem waarbij bepaalde behandelingsstypen passen. Aan de hand van dit onderzoek kan men zien, dat de hulpverleners in dit onderzoek ook gebruik maken van informatie over de cliënt en zijn probleem. Verder spelen ook karakteristieken van de behandeling een rol bij de keuze. Maar in dit onderzoek worden ook nog andere factoren waargenomen die de keuze beïnvloeden, zoals informatie betreffende de hulpverlener of de net beschreven match tussen hulpverlener en cliënt. Er komen wel veel factoren uit dit onderzoek met factoren uit de STS-clinical rating form overeen. Maar omdat ook andere factoren een rol spelen bij het maken van de keuze, kan men niet zeggen dat alleen aan de hand van verschillende eigenschappen van de cliënt en het probleem en de passende behandelingscategorie gekozen wordt. De keuze voor een behandeling wordt dus niet zo gemaakt als in de derde opvatting beschreven wordt.

4.1.3. Wat zijn de criteria voor een opname?

Als men specifiek bekijkt wanneer een cliënt naar de kliniek verwezen wordt, lijkt het alsof de hulpverleners de zelfde norm beleven. Het blijkt, dat men standaard bij Mediant probeert opname te voorkomen. Het hoofdcriterium om iemand naar de kliniek te sturen, is het gevaarscriterium. De hulpverleners blijken allemaal de zelfde norm waar te nemen. Maar nog steeds worden er verschillende keuzes gemaakt. Dit komt mede doordat de verschillende hulpverleners verschillende opvattingen hebben over wat als niet meer draaglijk of te gevaarlijk wordt gezien en verschillende erop letten of het een gevaar voor de cliënt of voor zijn omgeving is. En ook ervaringen van een hulpverlener kunnen zijn keuzes laten veranderen. Verder is het zo dat het doel van een opname niet altijd het behandelen is, maar het doel ervan vooral het verminderen van gevaar is en als “time out” mogelijkheid gezien wordt. Verder wordt de kliniek ook als plek gezien waar men kan diagnosticeren of waar men een cliënt op nieuwe medicatie kan instellen. Men kan afsluitend zeggen, dat de hoofdfactor, die de keuze voor intramurale of extramurale zorg beïnvloedt, het -door de hulpverlener-waargenomen gevaar van de cliënt of zijn omgeving is.

4.2. Hoop als beïnvloedende factor

Het kwantitatieve onderzoeksdeel is met een steekproefgrootte van negen niet zo, dat men conclusies kan trekken. De hypothese, dat hoop geen invloed heeft op de verschillende afhankelijke factoren kan niet weerlegd worden. Hieruit kan men niet concluderen dat hoop geen voorspellende waarde heeft. Ook de significante voorspellende waarde van de succes-inschatting bij verschillende afhankelijke factoren moet bij een steekproefgrootte van negen met zorgvuldigheid geïnterpreteerd worden. Normaliter gaat men ervan uit dat men een hypothese mag verwerpen als de kans een bepaalde grootte overschrijdt. Bij een steekproefgrootte van negen zijn de invloeden van mogelijke uitschieters zo groot, dat de kansen erg daardoor beïnvloed worden. Bij een grotere steekproef zou dit effect veel kleiner zijn. De resultaten zijn dan dicht bij de werkelijkheid en door het kleinere uitschieter effect misschien niet meer significant. Verder kan men ook onafhankelijk van de kleine steekproef het effect van hoop moeilijk bepalen. In de theorie van dit onderzoek wordt ervan uitgegaan, dat de hoop de succes-inschatting beïnvloedt en de succes-inschatting ertoe leidt, dat andere keuzes worden gemaakt. Effecten van hoop kunnen helemaal niet aangetoond worden terwijl

de succes-inschatting aan de hand van deze gegevens een voorspellende waarde heeft. Voor de neiging om voor verschillende behandelingsclusters te kiezen. Als deze voorspellende waarde in werkelijkheid zo zou zijn, kan men nog steeds niet concluderen, dat een hulpverlener met een hogere succes-inschatting voor andere clusters kiest. De correlatie blijkt bij alle significante verbanden zo te zijn, dat hoe hoger de succes-inschatting hoe hoger de waarschijnlijkheid, dat de hulpverlener uit betreffend behandelingsclusters kiest. Men zou dus alleen kunnen zeggen, dat als de algemene succes-inschatting hoger is, de hulpverlener zich bij behandelingen uit meer verschillende behandelingsclusters kiest. De data zijn niet alleen moeilijk interpreteerbaar door de kleine steekproefgrootte. Het effect wordt nog versterkt doordat het onderzoek niet altijd helemaal ingevuld is. Zoals in de resultaten sectie beschreven, misten GAF-score schattingen bij verschillende hulpverleners. Het vervormde effect op de data hierdoor is wel geprobeerd te reduceren maar men kan niet ervan uitgaan, dat de data nog steeds echt representatief zijn. Het is dus van belang te kijken hoe het onderzoek verbeterd kan worden, zodat betere conclusies getrokken kunnen worden.

4.3. Discussie

4.3.1. Het kwantitatieve deel

Het eerste belangrijke punt is natuurlijk de steekproefgrootte. Om goede conclusies te kunnen trekken moet een soortgelijk onderzoek in ieder geval nog een keer met meer proefpersonen worden uitgevoerd. Tijdens het onderzoek viel op dat bij sommige hulpverleners niet alle behandelingen bekend waren. De opsomming in dit onderzoek kwam uit officiële opsommingen die door medewerkers opgesteld waren. Omdat deze opsommingen misschien niet klopten, is het goed voor vervolgonderzoek actuelere lijsten op te stellen. Een ander probleem is dat de behandelingsclusters ook aan de hand van de officiële opsommingen ingedeeld zijn. Of het daadwerkelijk zo is dat deze behandelingen zo overeenkomen, dat men de keuze voor een behandeling aan de hand van deze clusters inzichtelijker kan maken, zou nog moeten worden onderzocht. Een ander punt dat men verbeteren kan, is de lengte van het onderzoek. De lengte van het onderzoek blijkt verschillende hulpverleners te hebben beïnvloed in de keuze niet aan het onderzoek deel te nemen. Verder kan de lengte ook samenhangen met missende data, die vooral bij de latere casusteksten optreedt. Een verkorte versie van het onderzoek zou dus ondanks dat men minder data heeft tot een verbetering van het onderzoek kunnen leiden. Verder zou het design van het onderzoek zo kunnen worden aangepast, dat bepaalde vragen niet zo makkelijk over het hoofd kunnen worden gezien. Het niet invullen van de state-hoop vragenlijst kan daarmee samenhangen, dat de trait-hoop vragenlijst sterk erop lijkt en de hulpverleners de vragen niet dubbel wilden invullen. Het is dus voor vervolgonderzoek goed om respondenten hierover expliciet te informeren. Als het onderzoek namelijk korter zou zijn, hadden de hulpverleners het misschien in één keer in zijn geheel kunnen invullen, zodat de state-hoop vragenlijst daadwerkelijk de hoop van de hulpverleners had gemeten op het moment dat ze de vragenlijsten hebben ingevuld.

4.3.2. Het kwalitatieve deel

Ook het kwalitatieve deel van het onderzoek zou men kunnen verbeteren. Ten eerste wordt tijdens de interviews alleen gekeken naar beïnvloedende factoren, die de hulpverlener bewust beïnvloeden, zodat men niet ervan uit kan gaan, dat alle factoren die de keuze beïnvloeden door dit soort onderzoek geïdentificeerd kunnen worden. Er waren in dit onderzoek al verschillen tussen de data die in de interviews verkregen werden en de data die door de schriftelijke vragen verkregen werden. Verder was het bij verschillende hulpverleners zo dat na afsluiting van het interview een gesprek ontstond met de onderzoeker. Deze

gesprekken gingen vaak over het onderzoek en het viel op dat in sommige gesprekken nog meer invloeden geïdentificeerd konden worden. Men kan dus aan de hand van deze nagespreken zeggen dat ook alle factoren waarvan zich de hulpverlener bewust is, niet binnen het officiële interview naar boven gekomen zijn en dat men de kwalitatieve dataverzameling nog uit kan breiden. Verder is het bij Mediant zo, dat de keuzes voor behandelingen niet individueel gemaakt worden maar in een team besproken worden. In deze teambespreking kunnen groepsinvloeden ertoe leiden dat uiteindelijk wel een andere keuze gemaakt wordt. Verder moet men erop letten, dat dit onderzoek zich alleen richt op het maken van de keuze voor een behandeling. Als men zich richt op de vraag waarom ouderen geen goede behandeling krijgen, is het natuurlijk niet alleen van belang het keuzeproces te bekijken, maar het is ook belangrijk, dat men naar de uitvoering van de behandeling kijkt. In dit onderzoek ziet men onder andere, in het feit, dat men zich al in de keuze erop probeert te richten, dat men een goede match tussen hulpverlener en cliënt gaat vinden. Om conclusies te kunnen trekken met betrekking tot de vraag naar goede behandelingen voor ouderen, zou men zich dus ook op de uitvoering van de behandelingen moeten richten.

4.4 De eindconclusie

Afsluitend is te zeggen, dat aan de hand van dit onderzoek nagegaan kan worden wat beïnvloedende factoren bij het maken van een behandel-keuze zijn. Hier konden drie hoofdcategorieën en subcategorieën geïdentificeerd worden, die alle hulpverleners als beïnvloedend in hun behandelkeuze waarnemen. Men kan geen conclusies trekken, hoe groot de invloed van de categorieën is en of ze door het beïnvloeden van de keuze ook de kwaliteit van de behandeling beïnvloeden. Om een beter beeld ervan te krijgen hoe de factoren samenhangen en in welke mate ze de keuze en uiteindelijk de effectiviteit van de behandeling beïnvloeden moet met behulp van vervolgonderzoek nagegaan worden. Ook welke invloeden hoop op de behandelkeuze heeft, moet in vervolgonderzoek met aangepaste meetinstrumenten en grotere steekproven worden nagegaan.

5. Referenties

- Areán, P.A., Hegel, M.T., & Reynolds, C.F. (2001). Treating depression in Older Medical Patients with Psychotherapy. *Journal of Clinical Geropsychology*, 7(2), 93-104.
- Babits, M. (2001). The phoenix juncture: Exploring the Dimension of hope in psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 29(4), 341-350.
- Beutler, L.E., Moleiro, C., Telebi, H., (2002). How Practitioners can systematically use empirical evidence in treatment selection. *Journal of clinical psychology*, 58(10), 1199-1212.
- Bergin, I., & Walsh, S. (2005). The role of hope in psychotherapy with older adults. *Aging & Mental Health*, 9(1), 7-15.
- Brehm, S.S., Kassin, S.M., & Fein, S. (2002). *Social Psychology*. Houghton Mifflin.
- Duzijn, B. (2006). *Ouderen en gezondheid*. Hengelo: Mediant GGz
- Fisher, D., Beutler, L.E., Williams, O.B. (1999). Making assesment relevant to treatment planning: The STS clinical rating form. *Journal of Clinical Psychology*, 55(7), 835-842.
- Franck, J.D. (1968). The influence of patients' and therapists' expectations on the outcome of psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 41(4), 344-356.
- Ganzach, Y., (2000). The weighing of pathological and non-pathological information in clinical judgement. *Acta Psychologica*, 104, 87-101.
- Gezondheidsraad. (2002). *Dementie*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002; publicatie nr 2002/04.
- Huxley, P.J. (1980). *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London: Tavistock Publications
- Irving, L.M., Snyder, C. R., Cheavens, J., Gravel, L., Hanke, J., Hilberg, P., Nelson, N. (2003). The relationship between hope and outcomes at the pre-treatment, beginning and later phases of psychotherapy. *Journal of Psychotherap Interrogation*, 4(4), 419-437.
- Mak, W., & Rosenblatt, A. (2002). Demografic influences on psychiatric diagnoses among youth served in california systems of care. *Journal of Child and Family Studies*, 11(2), 165-178.
- Orlinssky, D. (2003). Störungsspezifische, personenspezifische und kulturspezifische Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 48, 403-409.
- Schechter, R.A. (1999). The psychodynamics of a clinician's hope: A delicate balance. *Clinical Social Work Journal*, 27(4), 371-382.
- Snyder, C.R., (2000). *Handbook of Hope*. Academic Press.

Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S. A., Irving, L.M., Sigmon, S.T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585.

Snyder, C.R., Ilardi, S.S., Cheavens, J., Michael, S.T., Yamhure, L., & Sympton S. (2000). The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 747-762.

Strauss, A., & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. BELTZ Psychologie Verlags Union.

Van Dale (z.d.) verkregen op 9 december, 2007 van <http://www.vandale.nl/opzoeken/woordenboek/?zoekwoord=hoop>

Zuber, I., (2000). Patients own Problem formulatins and recommendations for Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy interrogation*, 10(4), 403-414.

Rapportage Ouderen 2006, SCP, redactie Alice de Boer. Den Haag: SCP (2006)

6. Bijlagen

De vorafgaande vragenlijst.

VRAGENLIJST VOOR PERSOONLIJKE DOELEN EN ERVARINGEN

J.J. Baneke 2001

Hieronder vindt u een aantal uitspraken over persoonlijke doelen en ervaringen. Door een cirkel te zetten om een bepaald cijfer kunt u aangeven in welke mate die uitspraak in het algemeen op u betrekking heeft. Een 5 geeft b.v. aan dat u het slechts in lichte mate eens bent met die uitspraak; een 2 dat u het er behoorlijk niet mee eens bent, maar niet absoluut oneens.

Naam:.....	Leeftijd:.....V/M:.....	Datum:.....						Absoluut niet mee eens				Absoluut mee eens
Opleiding:	Beroep:			1	2	3	4	5	6	7	8	
01. Als ik in moeilijkheden zit weet ik altijd wel een manier om er uit te komen	1	2	3	4	5	6	7	8				
02. Mijn doelen volg ik meestal met veel energie	1	2	3	4	5	6	7	8				
03. Ik voel me vaak moe	1	2	3	4	5	6	7	8				
04. Er bestaan talloze mogelijkheden om een probleem op te lossen	1	2	3	4	5	6	7	8				
05. In een discussie voel ik me meestal snel in een hoek gedreven	1	2	3	4	5	6	7	8				
06. Ik kan allerlei manieren bedenken om de dingen die in het leven het belangrijkste voor me zijn te bereiken	1	2	3	4	5	6	7	8				
07. Ik maak me dikwijls zorgen over mijn gezondheid	1	2	3	4	5	6	7	8				
08. Zelfs als anderen ontmoedigd raken, weet ik altijd nog wel een oplossing te vinden voor een probleem	1	2	3	4	5	6	7	8				
09. Mijn ervaringen uit het verleden hebben me goed voorbereid op de toekomst	1	2	3	4	5	6	7	8				
10. Ik heb in mijn leven behoorlijk veel succes gehad	1	2	3	4	5	6	7	8				
11. Ik maak me best vaak zorgen	1	2	3	4	5	6	7	8				
12. Ik bereik de doelen die ik mezelf gesteld heb	1	2	3	4	5	6	7	8				
13. Ik vertrouw er op dat alles goed komt	1	2	3	4	5	6	7	8				
14. In het algemeen ben ik behoorlijk positief gestemd	1	2	3	4	5	6	7	8				
15. In mijn werk of dagelijkse bezigheden buitenshuis vertrouw ik andere mensen niet zo erg	1	2	3	4	5	6	7	8				
16. Mijn ouders hebben mij weinig warmte gegeven	1	2	3	4	5	6	7	8				
17. Ik heb een hechte band met mijn vrouw/man/vriendin/vriend	1	2	3	4	5	6	7	8				
18. Je weet maar nooit of iemand je misschien wil bedriegen	1	2	3	4	5	6	7	8				
19. Met mijn meeste collega's heb ik een goede relatie	1	2	3	4	5	6	7	8				
20. Vertrouwen is iets wat vooral belangrijk is in je privéleven, niet in je werk	1	2	3	4	5	6	7	8				
21. Meestal voel ik me een eenling	1	2	3	4	5	6	7	8				
22. Persoonlijke contacten zijn voor mij het belangrijkste wat er is	1	2	3	4	5	6	7	8				
23. Ik word voortdurend teleurgesteld in anderen	1	2	3	4	5	6	7	8				
24. Je moet de hoop op een goede toekomst nooit opgeven	1	2	3	4	5	6	7	8				

Ga door met de vragen op de achterkant van dit blad

25. Persoonlijke spanningen zorgen er voor dat ik minder presteer	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Leidinggevendenden hebben altijd een verborgen agenda	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Mijn gezin of thuisomgeving is voor mij de plek waar ik me het veiligst voel	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Om goed te kunnen werken moet je vooral niet persoonlijk worden	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Vrienden of relaties zijn voor mij belangrijker dan mijn werk	1	2	3	4	5	6	7	8
30. Als ik met een taak bezig ben moet ik geen andere mensen om me heen hebben	1	2	3	4	5	6	7	8
31. Mijn vertrouwen in de toekomst is negatief	1	2	3	4	5	6	7	8
32. Mijn werk is voor mij belangrijker dan sociale contacten	1	2	3	4	5	6	7	8
33. Op straat moet je altijd uitkijken voor mensen die iets uit willen halen	1	2	3	4	5	6	7	8
34. Ik kan mij uren achter elkaar in iets verdiepen	1	2	3	4	5	6	7	8
35. Samenwerken met anderen, daar ben ik goed in	1	2	3	4	5	6	7	8
36. Ik vertrouw de meeste mensen wel	1	2	3	4	5	6	7	8
37. Ik ben dikwijls negatief gestemd	1	2	3	4	5	6	7	8
38. Een goede band met je collega's is moeilijk als je echt wil presteren	1	2	3	4	5	6	7	8
39. Mijn ouders zijn trots op me	1	2	3	4	5	6	7	8
40. Zelfs bij tegenslag blijf ik optimistisch	1	2	3	4	5	6	7	8
41. Ik heb dikwijls geen zin om aan de slag te gaan	1	2	3	4	5	6	7	8
42. In een gesprek met anderen voel ik me vaak niet begrepen	1	2	3	4	5	6	7	8
43. Ik heb veel geleerd van mijn ervaringen	1	2	3	4	5	6	7	8
44. Ondanks alles blijf ik toch hopen	1	2	3	4	5	6	7	8
45. In de meeste mensen ben ik erg teleurgesteld	1	2	3	4	5	6	7	8
46. Samen zijn met een ander is het mooiste wat er is	1	2	3	4	5	6	7	8
47. Als ik ziek ben, zit ik snel in de put	1	2	3	4	5	6	7	8
48. Somberheid en uitgelatenheid wisselen elkaar af in mijn leven	1	2	3	4	5	6	7	8
49. Buren zijn dikwijls lastige mensen	1	2	3	4	5	6	7	8
50. Ik geloof in een god of bovennatuurlijke kracht	1	2	3	4	5	6	7	8
51. Ik voel me dikwijls opgebrand	1	2	3	4	5	6	7	8
52. Door te bewegen of te sporten kan ik spanningen de baas blijven	1	2	3	4	5	6	7	8
53. De beloning voor wat ik doe is absoluut onvoldoende	1	2	3	4	5	6	7	8
54. Ik heb weinig zelfvertrouwen	1	2	3	4	5	6	7	8
55. Ik ga meestal doelgericht te werk	1	2	3	4	5	6	7	8
56. Ik kan elke dag weer genieten van het leven	1	2	3	4	5	6	7	8

VRAGENLIJST VOOR ACTUELE PERSOONLIJKE DOELEN EN ERVARINGEN

Hieronder vind jij een aantal uitspraken over jouw huidige persoonlijke doelen en ervaringen. Wil jij op de onderstaande schaal aangeven welk cijfer het beste aangeeft of die uitspraak op jouw, zoals jij de laatste tijd bent, betrekking heeft door een rondje te zetten om dat cijfer achter die uitspraak.

Een 5 geeft b.v. aan dat jij het slechts in lichte mate eens bent met die uitspraak; een 2 dat jij het er behoorlijk niet mee eens bent, maar niet absoluut oneens.

	Absoluut <u>niet</u> mee eens					Absoluut mee eens		
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Als ik nu in moeilijkheden zou zitten,zou ik veel manieren kunnen bedenken om er uit te komen	1	2	3	4	5	6	7	8
2. De laatste tijd volg ik mijn doelen met veel energie	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Er bestaan talloze mogelijkheden om problemen die ik momenteel ervaar op te lossen	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Op dit moment zie ik mezelf als behoorlijk succesvol	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Ik kan veel manieren bedenken om mijn huidige doelen te bereiken	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Op dit moment bereik ik de doelen die ik mij zelf gesteld heb	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Ik heb er op dit moment alle vertrouwen in dat alles goed komt	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Momenteel ben ik behoorlijk positief gestemd	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Mensen om mij heen vertrouw ik niet zo erg	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Ik voel mij veilig waar ik nu verblijf	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Mijn huidige situatie geeft me weinig hoop	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Momenteel heb ik weinig zelfvertrouwen	1	2	3	4	5	6	7	8

Casus 1

Geslacht: Vrouwelijk

Geboortedatum: 1.9. 1945 (61)

Reden voor aanmelding volgens de huisarts: Mevrouw heeft verschillende verlieservaringen achter de rug een geeft aan nu niet meer verder te kunnen, maar ook te denken, dat niemand haar kan helpen. Ze uit de wens opgenomen te worden.

Verwijzer en diens vraag

Huisarts: Beoordeling en behandeling zonodig crisisinterventie

Psychisch functioneren

De cliënte is 7 jaar geleden van Haarlem naar Hengelo verhuisd om met haar vriendin samen te gaan leven. Zij heeft hiervoor man en kinderen verlaten. Deze hebben sindsdien alle contacten geweigerd, omdat zij niet konden accepteren, dat moeder hun voor een lesbische relatie achter heeft gelaten. Patiënt had in Hengelo vooral contact met de kennissenkring van haar vriendin. Zij had de huishoudelijke taken in de relatie overgenomen en daardoor nauwelijks eigen contacten. Een half jaar geleden voelde de cliënte een knobbel in haar borst en een mamacarcinoom wordt ontdekt. 2 maanden na de diagnose heeft haar vriendin haar verlaten, omdat zij zich overbelast voelde door de ziekte van cliënte. Betr. heeft sindsdien weinig contact met andere mensen. Verder heeft zij in de laatste maanden een operatie en bestralingstherapie ondergaan in verband met de mamacarcinoom. Zij heeft de afgelopen maanden alleen voor behandelingen het huis verlaten. Het verlaten worden heeft bij haar vooral schuldgevoelens opgeroepen. Ze voelt zich schuldig over het feit dat zij haar gezin in de steek heeft gelaten, en voelt zich ook schuldig t.o.v. haar vriendin. Huishoudelijke activiteiten die zij vroeger leuk vond te doen, vind zij nu zinloos omdat zij ze niet meer voor iemand anders doet.

Zij eet weinig, voelt zich vaak moe, en lusteloos en heeft angst voor een terugkeer van de ziekte. Door de gevoelens van nutteloosheid en schuld heeft zij soms ook suïcidale gedachten. De cliënt neemt contact op met haar huisarts omdat zij het gevoel heeft zonder hulp niet meer verder te kunnen maar alleen op haar zelf niet beter kan worden. Zelf denkt zij aan een opname

De patient komt in het gesprek nogal moe over. Het is het eerste keer dat zij zich zo voelt, zij staat niet afwijzend tegenover medicamenteuze ondersteuning, maar geeft aan moeite te zullen hebben met het regelmatig innemen hiervan.

Sociale Contacten

Soms met de burens, die boodschappen voor haar halen. Verder nauwelijks contact.

Levensloop

Geboren in Amsterdam, een zus die het contact met haar heeft verbroken in verband met de lesbische relatie die betr. destijds had. Ouders zijn 12 jaar geleden kort achter elkaar overleden, maar betr. zegt verder een gelukkige kindertijd te hebben gehad

Somatiek

Mammacarcionoom, geopereerd, nabestraald. Vermagerd (65kg-55kg)

Zelfverzorging

Ze ziet er nog redelijk verzorgd uit, maar de huisarts zegt, dat het in de laatste maanden wel achteruit is gegaan

Wonen

Appartement

Dagbesteding

Komt nu tot weinig; voorheen: lezen, wandelen.

Financiën

Terwijl betr. niet werkend is, is ze door een erfenis goed verzorgd.

Maak alsjeblieft een schatting van de GAF score bij deze cliënte op dit moment:

Vragenlijst voor de inschatting van de persoonlijke doelen en ervaringen van de cliënte op dit moment.

Hieronder vindt u een aantal uitspraken over de net beschreven cliënte. Wilt u bij de onderstaande schaal aangeven welk cijfer het beste aangeeft, of de uitspraak op uw inschatting van de cliënte betrekking heeft, door een rondje te zetten om dat cijfer achter de uitspraak. Een 5 geeft bij voorbeeld aan dat u het slechts in lichte mate eens bent met die uitspraak; een 2 dat u het er behoorlijk niet mee eens bent. Maar niet absoluut oneens.

Naam/Code.:.....

Patientencasusnr.:.....

	Absoluut <u>niet</u> mee eens	Absoluut mee eens
1. Als de cliënte in moeilijkheden zou zitten, zou zij veel manieren kunnen bedenken om er uit te komen	1 2 3 4 5 6 7 8	
2. De laatste tijd volgt de cliënte haar doelen met veel energie	1 2 3 4 5 6 7 8	
3. De cliënte herkent talloze mogelijkheden om problemen die zij momenteel ervaart op te lossen	1 2 3 4 5 6 7 8	
4. Op dit moment ziet de cliënte zichzelf als behoorlijk succesvol	1 2 3 4 5 6 7 8	
5. De cliënte kan veel manieren bedenken om haar huidige doelen te bereiken	1 2 3 4 5 6 7 8	
6. Op dit moment bereikt de cliënte de doelen die zij zich zelf gesteld heeft	1 2 3 4 5 6 7 8	
7. De cliënte heeft er op dit moment alle vertrouwen in dat alles goed komt	1 2 3 4 5 6 7 8	
8. Momenteel is de cliënte behoorlijk positief gestemd	1 2 3 4 5 6 7 8	
9. De cliënte vertrouwt mensen om haar heen niet zo erg	1 2 3 4 5 6 7 8	
10. De cliënte voelt zich veilig waar zij nu verblijft	1 2 3 4 5 6 7 8	
11. De huidige situatie van de cliënt geeft haar weinig hoop	1 2 3 4 5 6 7 8	
12. Momenteel heeft de cliënte weinig zelfvertrouwen	1 2 3 4 5 6 7 8	

Vragenlijst ter inschatting van de succes van verschillende behandelingen

Hieronder vind jij een lijst met de behandelingen, die bij het circuit ouderen worden aangeboden. Door een cirkel te zetten om een bepaald cijfer kun jij aangeven, in welke mate je denkt, dat de behandeling bij de net omschreven cliënte succesvol zou zijn. Een 7 geeft bij voorbeeld aan dat jij denkt dat de behandeling succesvol zou zijn, maar niet helemaal; een 2 dat jij denkt, dat de behandeling niet succesvol is maar wel een minimaal effect vertoont.

	Absoluut Niet Succesvol	Absoluut Succesvol						
	1	2	3	4	5	6	7	8
Medicamenteuze behandeling (antidepressiva)	1	2	3	4	5	6	7	8
Medicamenteuze behandeling (antipsychotica)	1	2	3	4	5	6	7	8
Medicamenteuze behandeling (benzodiazepines)	1	2	3	4	5	6	7	8
ECT	1	2	3	4	5	6	7	8
Lichttherapie	1	2	3	4	5	6	7	8
Psychologische behandeling m.b.v. gedragstherapeutisch en cognitieve interventie	1	2	3	4	5	6	7	8
Interpersoonlijke therapie als een vorm van psychosociale behandeling	1	2	3	4	5	6	7	8
Goepsmatige behandeling van de invloed van het denken op de stemming	1	2	3	4	5	6	7	8
Vrouwengroep 50 +	1	2	3	4	5	6	7	8
Kortdurende behandelgroep (opmaat)	1	2	3	4	5	6	7	8
Cursus: In de put uit de put	1	2	3	4	5	6	7	8
Deeltijdbehandeling OZ	1	2	3	4	5	6	7	8
Deeltijdbehandeling Dagzijde / VLMT	1	2	3	4	5	6	7	8
Activiteitentherapie / groep	1	2	3	4	5	6	7	8
Activiteitentherapie /individueel	1	2	3	4	5	6	7	8
PMT individueel	1	2	3	4	5	6	7	8
PMT Groep (psychomototherapie)	1	2	3	4	5	6	7	8

Dieet-advies	1 2 3 4 5 6 7 8
Fysiotherapeutische behandeling	1 2 3 4 5 6 7 8
Ondersteuning professionele zorgsysteem	1 2 3 4 5 6 7 8
Casemanagement	1 2 3 4 5 6 7 8
Crisis-/suicide preventie	1 2 3 4 5 6 7 8
Steunende begeleiding	1 2 3 4 5 6 7 8
Structurerende begeleiding	1 2 3 4 5 6 7 8
Activerende begeleiding	1 2 3 4 5 6 7 8
Advisering, ondersteunende gesprekken met een probleemoplossend karakter	1 2 3 4 5 6 7 8
Versterking of uitbreiding van de sociale netwerk	1 2 3 4 5 6 7 8
Systeembegeleiding, ondersteuning mantelzorg	1 2 3 4 5 6 7 8
Bevorderen therapietrouw	1 2 3 4 5 6 7 8
Bewaken verantwoord niveau van zelfzorg	1 2 3 4 5 6 7 8
Rehabilitatie-activiteiten	1 2 3 4 5 6 7 8
Sociale vaardigheidstrainig	1 2 3 4 5 6 7 8
Psycho-educatie	1 2 3 4 5 6 7 8
Het toepassen van middelen en maatregelen	1 2 3 4 5 6 7 8
Zorgbemiddeling en zorgcoördinatie	1 2 3 4 5 6 7 8
Bemoeizorg	1 2 3 4 5 6 7 8
Verwenzorg	1 2 3 4 5 6 7 8
Opnamebemiddeling	1 2 3 4 5 6 7 8
Logeerbedregeling	1 2 3 4 5 6 7 8

1. Ik vraag jou nu in eigen woorden te omschrijven welk soort behandeling/en voor deze cliënte je aan de groep zou voorstellen om ze toe te passen :

2. Geef alsjeblieft aan uit welk behandelingcluster je een behandeling hebt gekozen

Biologische behandelvormen
(medicamenteuze behandeling t/m Lichttherapie) ja / nee / misschien later

Psychologische behandelvormen
(t/m interpersoonlijke therapie...) ja / nee / misschien later

Groep behandelvormen
(Groepsmatige behandeling... t/m Activiteiten therapie/groep) ja / nee / misschien later

Therapeut behandelvormen
(activiteiten therapie/intividueel t/m Fysiotherapeutische) ja / nee / misschien later

SPV behandelvormen
(ondersteuning professionele zorgsysteem t/m Verwenzorg) ja / nee / misschien later

Opnameregeling ja / nee / misschien later

Logeerbedregeling ja / nee / misschien later

Verwijzen naar elders ja / nee / misschien later

3. Geeft alsjeblieft een schatting van de GAF score van deze cliënte nadat zij de door jouw aanbevolen behandeling heeft afgerond:

5. Wat heeft jou bij deze casus ertoe geleid deze behandeling aan te bevelen?

[illegible]

6. Welke kenmerken van deze casus hebben bijgedragen aan jouw keuze voor deze behandelvormen?

[illegible]

7. Als je ervoor hebt gekozen een behandeling “misschien later” aan te bevelen wat heeft jou ertoe geleid deze behandeling niet nu aan te bevelen? en onder welke omstandigheden zou je deze behandeling op een later moment aan bevelen?

[illegible]

Casus 2

Geslacht: vrouwelijk

Geboortedatum: 14.3.1924 (83)

Reden voor Aanmelding:

Crisis melding en vermoeden van huisarts voor depressief toestandsbeeld

Verwijzer en diens vraag:

Huisarts vraagt om beoordeling en advies

Psychisch functioneren:

Mw heeft haar hele leven tot 5 weken geleden in een eengezinshuis gewoond, die nu wordt afgebroken. Sinds 5 weken woont de Mw in een nieuwe woonwijk. Sindsdien gaat het met haar steeds slechter; ze wordt somberder trekt zich terug, zij ligt veel op bed, terwijl ze vroeger veel in haar tuin heeft gewerkt of op kinderen in haar oude wijk paste. Terwijl zij zich voor de verhuizing goed zelf kon verzorgen blijkt ze nu te verwaarlozen, weinig te eten en te drinken en zich niet te wassen. Lichamelijk en cognitief lijken er echter geen aanwijzingen te zijn voor deze achteruitgang. Ze vertelt niet veel maar uit het gesprek is te halen, dat ze zich vroeger wel ooit eenzelfde ervaring heeft gehad na een miskraam. Wel in mindere mate en met een kortere duur. Zij leeft teruggetrokken, het blijkt dat zij in niks meer zin heeft, wat ze vroeger graag heeft gedaan. Verder blijkt ze ook slaapproblemen te hebben, ze weigert het innemen van medicatie.

De huisarts vertelt, dat zij een weerzin tegen medicijnen heeft, maar dat ze afgezien van een hypertensie ook nauwelijks lichamelijke klachten had. Verder vertelt hij dat zij in de laatste weken erg veel is afgevallen, terwijl ze altijd juist een gezonde eter was. Een van haar oude buurvrouwen is ook naar de nieuwe wijk verhuisd en heeft geprobeerd haar te helpen, maar nadat ze haar een paar keer eten langs had gebracht heeft de cliënte niet eens meer de deur geopend.

De dochter van de Mw maakt zich ook zorgen om haar moeder, ze herkent haar zo niet en kan niet begrijpen dat haar moeder, die eigenlijk zo vitaal was nu zo achteruit gaat. Ze heeft geen idee hoe ze met haar moeder nu om moet gaan, maar heeft ook geen mogelijkheid haar te verzorgen omdat zij met haar gezin in België woont. Normaal belde zij haar moeder een paar keer per week gebeld maar sinds de verhuizing is het minder geworden en nu neemt haar moeder niet altijd meer op.

Sociale Contacten

Voor de verhuizing veel contact met mensen in de buurt en dochter sinds de verhuizing nauwelijks. Zelf het contact met dochter is sterk verminderd.

Levensloop

Geboren in Oldenzaal. Had een goed huwelijk gehad. Haar man is 6 jaren geleden overleden. De Mevrouw wist zich na het huwelijk goed te redden. Heeft vroeger als lerares gewerkt. Na de miskraam nog een dochter gekregen en met haar altijd een goede relatie gehad.

Somatiek

Hypertensie

Zelfverzorging

Was redelijk goed. Verzorgt zich nu nouwelijks meer.

Wonen

Sinds 5 weken in nieuwe appartement in een nieuwe wijk

Dagbesteding

Vroeger het helpen van anderen en het verzorgen van haar tuin. Maar dit lijkt haar nu niet meer te interesseren

Zingeving

Haalde ze mede uit het helpen van anderen. Was eigenlijk altijd erg vitaal en probeerde van elke dag voluit te genieten.

Relatie met de hulpverlening.

Had al altijd moeite ermee om hulp te vragen, heeft haar huisarts zelf altijd beledigend toegesproken over haar idee van wat het beste voor haar was. De communicatie verloopt niet echt goed.

Maak alsjeblieft een schatting van de GAF score bij deze cliënt op dit moment:

Casus 3

Geslacht: mannelijk

Geboortedatum: 12.11.1943 (63)

Reden van aanmelding bij het eerste contact:
Slaapproblemen

Verwijzer en diens vraag:

Huisarts die vermoedt dat de slaapstoornissen een psychische oorzaak hebben en om beoordeling en behandeling vraagt. Hij wil geen slaapmedicatie voorschrijven

Psychisch functioneren

De cliënt klaagt over slaapproblemen en daaruit resulterende vermoeidheid over de dag heen waardoor hij zich niet meer kan motiveren dingen te doen. Hij woont samen met zijn vrouw en staat kort voor zijn pensioen, hij werkt als meubelmaker in een klein bedrijf. Hij zegt dat hij geen reden voor zijn slaapproblemen ziet en verwacht dat het wel met behulp van een beetje medicatie over zou gaan. Maar uit de anamnese blijkt dat hij helemaal niet gelukkig is met het vooruitzicht op zijn pensioen. Hij heeft bij zijn broer gezien dat dat deze niks meer wist te doen, en dat hij zelf ook niet echt weet wat hij met zijn dag zou moeten doen als hij niet meer hoeft te werken. Hij ziet dat het huwelijk, van zijn broer er erg onder lijdt, omdat zijn broer nu de hele dag thuis zit en ontevreden is. De patiënt geeft nooit direct aan dat hij angst heeft voor de pensioen, maar alleen dat hij dat allemaal niet erg positief vindt. Hij zegt uiteindelijk wel dat hij s' nachts over deze dingen maalt, en bestrijdt een samenhang met de slaapproblemen niet. Hij geeft aan dat hij graag met iemand over de mogelijkheden in het kader van zijn pensioen wil praten, maar dat hij zijn vrouw daarmee niet wil belasten

Sociale contacten

Heeft contact met vrouw, zijn 3 kinderen, zijn broer en diens gezin, en vrienden van zijn werk.

Levensloop

Zijn vader is in de oorlog overleden, hierdoor is hij al vroeg begonnen te werken om geld te verdienen voor het gezin. Hij heeft nog een broer, hij heeft altijd als meubelmaker gewerkt, wat als kind al zijn droom was, heeft 3 kinderen waarvan 2 dichtbij wonen. En is tevreden met zijn leven hoe het tot nu toe is verlopen.

Somatiek

Astma

Zelfverzorging

De cliënt woont samen met zijn vrouw en zij kunnen zich beide goed verzorgen

Wonen

Rijtjeshuis in Enschede

Dagbesteding

Werkt en kijkt s'avonds met zijn vrouw Tv of speelt kaarten, hij doet dit soms ook met zijn collegas na zijn werk bij een biertje

Maak alsjeblieft een schatting van de GAF score bij deze cliënt op dit moment:

Casus 4

Geslacht: vrouwelijk

Geboortedatum: 18.7.1941 (66)

Reden van aanmelding:

Al langer sprake van gegeneraliseerde angststoornis met een gemengde persoonlijkheidsstoornis met vooral theatrale trekken. Somatiserend

Psychisch functioneren

Mw was in het begin van dit jaar opgenomen op de PAAZ in verband met een suicide poging. Na het verblijf ging het eerst beter maar nu weer slechter. Mw vindt haar leven onleefbaar. Vindt het zinloos en vermeldt vaker dat zij denkt dat men haar niet kan helpen. Vermeldt hoe ze onder verschillende somatische klachten lijdt, en daarvan niet genezen denkt te kunnen worden. Er is een preoccupatie met dood en ziekte. Haar vriend kan dit niet langer aan.

Sociale contacten

Mevrouw is samenwonend met vriend. En heeft contact met haar 2 kinderen. En af en toe met twee vriendinnen met wie ze voeger vaker op vakantie was.

Levensloop

Mevrouw heeft 2 kinderen van verschillende mannen en is nooit getrouwd. Heeft met de vaders geen contact meer. Heeft als verkoopster gewerkt. De cliënte had verschillende 3-5 lang aanhoudende relaties en in verband met het beëindigen van de relaties vaak verhuisd.

Somatiek

Mevrouw vermeldt allerlei klachten maar hiervoor kunnen geen fysieke redenen worden gevonden

Zelfverzorging

De zelfverzorging is matig

Woning

Samenwonend met vriend in diens huis

Zingeving

De mw heeft geen zin meer in het leven, denkt ook niet dat het ooit weer goed gaat komen

Relatie met de hulpverlening

Enerzijds zegt zij dat ze er het nut niet van ziet anderzijds lijkt het, dat ze ervan geniet aandacht te krijgen en dat ze verzorgd wil worden.

Maak alsjeblieft een schatting van de GAF score bij deze cliënt op dit moment:

Casus 5

Geslacht: mannelijk

Geboortedatum: 15.2. 1930 (77)

Reden van aanmelden bij het eerste contact:

Psychotische belevingen en overmatig alcohol misbruik

Verwijzer en diens vraag:

Huisarts die om diagnose en behandeling vraagt

Psychisch functioneren

Sinds een paar maanden ziet dhr dingen in de kamer bewegen, en hoort stemmen. Hij vermijdt contact en gesprekken met zijn vrouw omdat de stemmen hem vertellen, dat zij kwaadaardig is. En omdat hij voelt dat hij haar niet meer kan vertrouwen, omdat zij hem niet gelooft, dat hij dingen ziet bewegen. Hij trekt zich veel terug in zijn hobby-kelder, waar hij apparaten probeert te construeren. Hij zegt dat hij doordat de dingen nu plotseling op nare manieren beginnen te bewegen zich niet meer veilig voelt en beveiligingen construeert. Waarvoor deze precies zullen beveiligen maakt hij niet duidelijk. Alles bij elkaar voelt de heer zich wanhopig omdat hij niet begrepen wordt en angstig voor de bewegende dingen, en voor zijn in zijn ogen 'kwaadaardige' vrouw. Hij vermeldt dat hij haar graag weer zou willen kunnen vertrouwen.. Maar zijn vrouw niet meer te kunnen vertrouwen maakt hem verdrietig en boos. Zijn vrouw vertelt, dat hij als hij in de hobby kelder is, veel wijn drinkt en met zich zelf lijkt te praten. Hij praat nuchter nauwelijks met haar en als hij gedronken heeft, beschuldigt hij haar ervan tegen hem te ageren. Zijn vrouw is zich niet bewust van een reden dat hij zo zou gedragen, nog van een specifieke punt waarna hij veranderde. In het begin waren het blijkbaar alleen visuele hallucinaties. Voordat de eerste hallucinaties optraden heeft dhr wel s'avonds een glasje wijn met zijn vrouw gedronken maar nooit in de hoeveelheden waarin hij nu drinkt. Hij lijkt geen cognitieve problemen te hebben

Sociale Contacten

Belt het oudste kleinkind een keer per dag op en vertelt van zijn beveiligings constructies verder trekt hij zich alleen terug. Zijn kinderen komen hem en zijn vrouw wel regelmatig bezoeken, maar dan zit hij in de kelder. Vroeger kwamen vaker vrienden langs, maar die wil hij niet meer zien en zijn vrouw schaamt zich nu ook te erg voor haar man en situatie om nog mensen uit te nodigen.

Levensloop

Heeft Bedrijfskunde gestudeerd en tot zijn 65ste bij verschillende bedrijven gewerkt. Heeft 2 kinderen en 4 kleinkinderen

Somatiek

3 jaren geleden darmkanker maar na operatie genezen . De huisarts heeft bij onderzoek geen lichamelijke afwijking gevonden

Wonen

Eengezinswoning samen met zijn vrouw.

Zelfverzorging.

Lijkt redelijk, hij eet matig omdat hij niet meer op het eten van zijn vrouw wil vertrouwen.

Maak alsjeblieft een schatting van de GAF score bij deze cliënt op dit moment:

OVERZICHT GAF-SCORE

"Normale" mensen, met gewone 'alledaagse' problemen, scoren in de buurt van de 100. Mensen met psychische en/of sociale problemen scoren lager.

Het psychiatrisch handboek DSM-IV vermeldt de volgende omschrijvingen:

- 91-100: Uitstekend functioneren bij een groot aantal activiteiten, de problemen in het leven lopen nooit uit de hand, persoon wordt op prijs gesteld door anderen door veel goed kwaliteiten. Geen symptomen.
- 81-90: Geen of minimale symptomen, goed functioneren op alle gebieden, geïnteresseerd en betrokken bij een groot aantal activiteiten, sociaal effectief, doorgaans tevreden met het leven, alleen alledaagse problemen en zorgen.
- 71-80: Als er symptomen optreden, zijn deze van voorbijgaande aard, te verwachten reacties op psychosociale stress, slechts beperkte hinder in sociale omgang, op het werk of op school.
- 61-70 Enige lichte symptomen OF enige problemen in sociaal functioneren, op het werk of op school, maar functioneert over het algemeen behoorlijk goed, heeft goede inter-persoonlijke contacten.
- 51-60 Matige symptomen OF matige problemen in sociaal functioneren, op het werk of op school.
- 41-50 Ernstige symptomen OF ernstige beperkingen in sociaal functioneren, op het werk of op school.
- 31-40 Enige vermindering in realiteitsbesef of communicatie OF sterke vermindering op verschillende terreinen, zoals werk of school, gezins- of familierelaties, beoordelingsvermogen, denkvermogen of stemming.
- 21-30 Gedrag wordt beïnvloed door wanen of hallucinaties OF ernstige beperkingen van communicatie of beoordeling OF onvermogen op alle terreinen te functioneren.
- 11-20 Enig gevaar om zichzelf of anderen te verwonden OF af en toe verwaarlozing van de persoonlijke hygiëne OF zeer ernstige vermindering van communicatie.
- 1-10 Blijvend gevaar zichzelf of andere te verwonden OF blijvend onvermogen de persoonlijke hygiëne te onderhouden OF ernstig suïcidaal gedrag met duidelijke doodsverwachting.

Bij onvoldoende informatie voor GAF-beoordeling, scoort men nul.

Het interview

- ”Als jij over het algemeen een behandeling voor een cliënt voorstelt aan het team, wat zijn dan de belangrijkste kenmerken waar jij op let?”
Indien nodig wordt nog verder nagevraagd wat de vermoede invloed van de persoonlijkheid en de leefsituatie van de cliënt is.
- “Welke criteria hanteer jij bij de beslissing of een patiënt opgenomen dient te worden in de kliniek of ambulant behandeld kan worden?”
- “Onder welke omstandigheden beveel je een behandeling niet aan maar denk je erover na deze later toe te passen?”
- ”Denk jij dat je in het algemeen eerder voor behandelingen kiest, die je zelf in jouw discipline kunt uitvoeren?”
- ”Denk jij dat jouw eigen persoonlijkheidstrekken en ervaringen de keuze kunnen hebben beïnvloed? Zo ja, welke?”