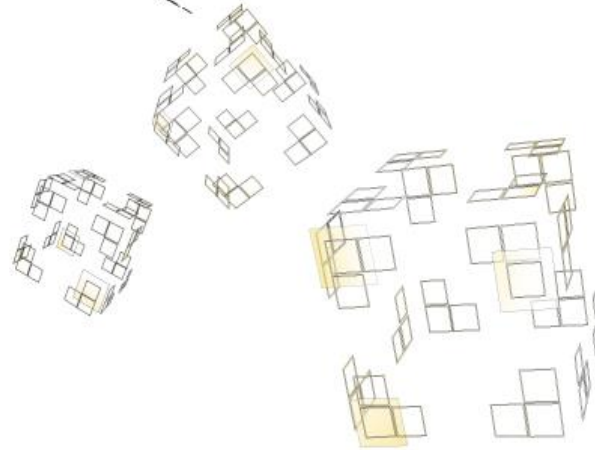


Internalisatie van de oplossingsgerichte werkwijze door
de zorgprofessional in de gehandicaptenzorg

Het verloop ervan en factoren die er invloed op hebben

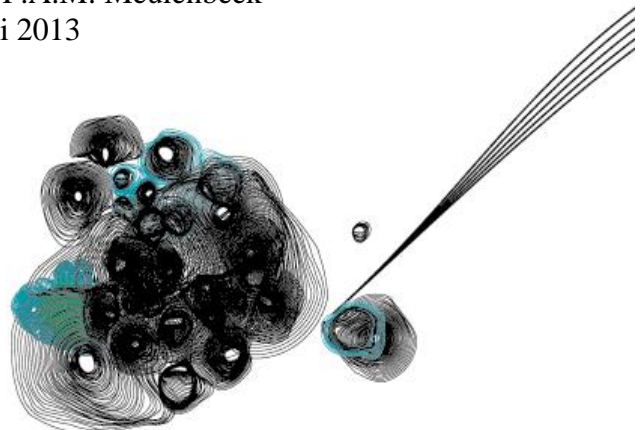
Bachelor thesis

Faculteit: Gedragwetenschappen
Psychologie



Student: S.F. Trysna
Studentennummer: s1076744
Begeleider 1: A.M. Lohuis, MSc
Begeleider 2: Dr. P.A.M. Meulenbeek
Juni 2013

UNIVERSITY OF TWENTE.



Abstract

Aims: This paper describes the learning process of the solution-focused approach of 10 care professionals, who are working with people with an intellectual disability, over a period of one year. This study examined the influence of work experience and training sessions on the internalization of solution-focused principles in the work of the healthcare professional.

Background: The solution-focused approach differs from the traditional problem oriented approach in many aspects. The solution-focused approach aims to shift the focus of interaction away from the traditional concentration on an individual's problem and weaknesses towards the identification of their strengths and positive coping mechanisms. Because of the differences between the two approaches, professionals need to be trained in this new way of working.

Design and methods: Ten care professionals were asked to describe a specific working moment in relation to the solution-focused approach every two weeks. To explore the learning process, which is operationalized in term of the number of described solution-focused aspects, the data were analyzed based on a theoretical concept of the solution-focused approach. For every care professional an individual diagram was designed which reflected the number of solution-focused aspects per working moment described.

Results and findings: The number of described aspects of every care professional was fluctuating and didn't indicate an increased number of solution-focused aspects. With respect to the trainings, a positive impact of the first training was observable in regard to an increased number of described solution-focused aspects. Furthermore, the results show differences of described solution-focused techniques in relation to work experience.

Conclusion: During the period of one year, there are no clear differences notable with regard to the number of described aspects. The work experience seems to have a minimal relation with the internalization of solution-focused aspects in work applications of the professionals. Also the whole training program doesn't show clear effects on the learning process. However, this study provides some insights into the individual realization of the solution-focused approach.

Samenvatting

Doelstelling: Het huidige onderzoek beschrijft het leerproces van de oplossingsgerichte werkwijze over een jaar van 10 zorgprofessionals die begeleiding bieden aan mensen met een verstandelijke beperking. In de studie zal de invloed van werkervaring en trainingen op de internalisering van oplossingsgerichte aspecten worden onderzocht. **Achtergrond:** De oplossingsgerichte werkwijze verschilt ten opzichte van de probleemgeoriënteerde werkwijze in verschillende aspecten. De oplossingsgerichte werkwijze heeft als doel de focus van interactie weg te schuiven van de problemen en zwakheden van het individu naar de identificatie van de sterkten en positieve coping mechanismen. Vanwege de verschillen tussen de twee benaderingen, is het nodig de zorgprofessionals daarop te trainen in deze nieuwe werkwijze. **Methode:** Tien zorgprofessionals worden gevraagd om eens in de 14 dagen een specifiek werkmoment met betrekking tot de oplossingsgerichte werkwijze te beschrijven. Deze data wordt geanalyseerd op basis van een theoretisch concept over de oplossingsgerichte werkwijze om inzicht te krijgen in het leerproces. Deze wordt geëxploreerd door het aantal oplossingsgerichte aspecten die beschreven worden in de werkmomenten. Voor iedere zorgprofessional wordt een individueel diagram ontworpen wat het aantal beschreven oplossingsgerichte aspecten per werkmoment aangeeft zodat. **Resultaten:** Over de onderzoeksperiode was de curve die het aantal aspecten van elke zorgprofessional golvend en er blijkt geen continue toename van het aantal beschreven aspecten. Met betrekking tot de trainingen wordt een positieve invloed van de eerste training duidelijk ten aanzien van een toename van de beschreven aspecten. Bovendien laten de resultaten verschillen zien ten opzichte van de beschreven oplossingsgerichte technieken en relatie tot de werkervaring. **Conclusie:** Tijdens de eenjarige onderzoeksperiode, is geen duidelijke verschil in het aantal aspecten te zien. Het aantal jaren werkervaring blijkt alleen minimale invloed te hebben op het internaliseren van oplossingsgerichte aspecten. Ook het trainingsprogramma laat geen duidelijke invloed op het leerproces zien.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	- 5 -
2. Methode	- 11 -
2.1 Onderzoekscontext	- 11 -
2.2 Procedure	- 11 -
2.3 Deelnemers	- 12 -
2.4 Data-verzameling	- 13 -
2.5 Data-analyse	- 14 -
2.5.1 Solution Cube	- 14 -
2.5.1.1 Basis axioma's:	- 15 -
2.5.1.2 Basisregels	- 17 -
2.5.1.3 Non-specifieke factoren	- 18 -
2.5.1.4 De 7 stappendans	- 19 -
2.5.1.5 Bijkomende gesprekstechnieken	- 21 -
2.6 Uitvoering van de data-analyse	- 23 -
3. Resultaten	- 26 -
4. Discussie	- 29 -
4.1 Sterke en zwakke punten van het onderzoek	- 31 -
5. Conclusie	- 33 -
Referenties	- 34 -
Bijlagen	- 36 -
Bijlage A: Dagboek-Template	- 36 -
Bijlage B: Solution Cube van Louis Cauffman	- 38 -
Bijlage C: SPSS Output van de veel beschreven aspecten	- 39 -
Bijlage D: Diagrammen per deelnemer	- 41 -

1. Inleiding

Sinds het ontstaan van de psychotherapie was de algemene opvatting dat therapie de nadruk moest leggen op problemen en op de oorzaken van problemen (Roeden, 2012). Een alternatief voor deze traditionele probleemomschrijvende aanpak die bij bijna alle psychotherapieën toegepast werd (Gingerich & Eisengart, 2000) ontwikkelde zich in de jaren 80. De nieuwe stroming, namelijk de oplossingsgerichte therapie wordt ontwikkeld door Steve de Shazer en Insoo Kim Berg en hun collega's van het Brief Family Therapy Center in Milwaukee, USA (de Shazer, 1985). Hun werk baseerde zich op bevindingen van Watzlawick, Weakland and Fish (1974, geciteerd uit Bannink, 2009) die naar voren brachten dat kennis over het probleem niet altijd nodig is om tot een oplossing te komen.

De Shazer en Berg (1985) benoemen drie belangrijke aspecten van de oplossingsgerichte therapie. Ten eerste wordt in de oplossingsgerichte therapie het zoeken naar oplossingen voor een ongewenste situatie benadrukt en in mindere mate het oplossen van problemen (de Shazer & Molnar, 1984). De therapeutische taak is de cliënt te helpen zich voor te stellen wat hij aan zijn situatie wil veranderen en hoe hij deze verandering kan realiseren. Weinig nadruk wordt hierbij gelegd op diagnose, praten over het verleden en exploratie van het probleem (Bannink, 2007).

Ten tweede focust de oplossingsgerichte therapie zich op de motivatie en de krachtbronnen van de cliënt. Therapeuten met een oplossingsgerichte aanpak nemen aan dat cliënten verandering willen, dat zij de vaardigheden hebben om iets te veranderen en hun best doen om de verandering te realiseren (Weiner-Davis, de Shazer, & Gingerich, 1987). Door veranderingsgerichte vragen zoals “wat zou u willen veranderen zodat uw situatie verbetert?” wordt de cliënt gemotiveerd en geïnspireerd om zijn situatie zelf te veranderen (Roeden, 2012). In een oplossingsgericht gesprek tussen professional en cliënt wordt het langzamerhand duidelijk wat de cliënt wil veranderen en welke resources van de cliënt kunnen worden ingezet om een oplossing te vinden (Cantwell & Holmes, 1994).

Het derde aspect betreft de cliëntgerichtheid bij de therapie. De cliënt wordt beschouwd als de deskundige van zijn eigen leven die de zorgprofessional informatie geeft (De Jong & Berg, 1998). In de oplossingsgerichte therapie staat de cliënt met zijn wensen en behoeften centraal en niet de zorgprofessional (Cauffman, 2010).

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de oplossingsgerichte therapie een positief effect heeft op psychische stoornissen. De Jong en Berg (2001) deden onderzoek naar succespercentages van een oplossingsgerichte therapie bij cliënten met een klinische stoornis.

Van de cliënten rapporteerden 77% een verbetering van hun psychische gezondheidstoestand. Lambert, Hansen en Finch (2001) benadrukten in een follow-up studie het succesvolle korte karakter van de oplossingsgerichte therapie met psychotische cliënten van gemiddeld 4,6 sessies in vergelijking met gemiddeld 21 sessies bij de probleemgerichte aanpak.

Steeds meer onderzoeken wijzen ook uit dat oplossingsgerichte therapie positieve effecten heeft op verschillende cliënt - doelgroepen (De Jong, Berg, 1998). Daarnaast wordt duidelijk dat de oplossingsgerichte therapie geschikt is voor alle sociale klassen en voor een variatie van mensen met verschillende beperkingen en problematieken (O'Connell, 2005). Zo vonden De Jong en Berg (1998) een succespercentage van 70 % bij het behandelen van een groot aantal klinische problemen zoals depressie, slaap stoornissen, eetstoornissen, ouders – kind conflicten, seksuele problemen en problemen met het zelfbewustzijn.

Waar de oplossingsgerichte benadering zich eerst alleen op de individuele therapeutische setting richtte (Roeden, 2012), met nadruk op het korte karakter van de therapie (Macdonald's, 1994), vond het ook zijn toepassing in andere gebieden van de hulpverlening zoals in de verpleegkunde (Bowles, Mackintosh & Torn, 2001) en de gehandicaptenzorg (Roeden, 2012). Binnen deze andere settingen kwam het korte karakter op de achtergrond en wordt vooral de positieve insteek meer benadrukt (Roeden, 2012).

Ook binnen de gehandicaptenzorg is al een positief effect gevonden van de oplossingsgerichte begeleidingsstijl. Bij mensen met een licht verstandelijke beperking werd een succespercentage van 70 % gevonden met betrekking tot hun psychologisch functioneren na het ontvangen van oplossingsgerichte begeleiding (Roeden, 2012). Dit succespercentage is te verklaren vanuit de volgende bevindingen: Het nadenken over het verleden en nagaan waar problemen vandaan komen is vaak moeizaam voor mensen met verstandelijke beperkingen. De analyse van een probleem eist deels hoge cognitieve capaciteiten. Het nadenken over oplossingen van nu, en oplossingen voor de toekomst is echter voor mensen met een licht verstandelijke beperking eenvoudiger. Oplossingsgerichte vragen leiden tot het nadenken over oplossingen. Deze komen niet voort uit een ingewikkelde theorie maar worden door de persoon die een probleem ervaart, zelf aangedragen. Ze zijn dus uniek en maken meer kans om bij de persoon aan te sluiten (Roeden, 2012).

Hoewel bovenstaande resultaten veelbelovend lijken, is het onderzoeksgebied met betrekking tot de oplossingsgerichte begeleiding aan cliënten met een verstandelijke beperking nog heel klein (Roeden, Bannink, 2007). Bestaande studies richten zich voornamelijk op de effecten die de oplossingsgerichte benadering op cliënten heeft (Stoddart, Mc Donald, Temple & Mustate 2001; Murphy, Davis 2005 & Franklin 2001).

Minder aandacht wordt besteed aan de zorgprofessionals die de oplossingsgerichte begeleiding geven aan cliënten met een verstandelijke beperking. Om deze begeleidingsstijl succesvol toe te passen moet een zorgprofessional de aspecten van de oplossingsgerichte benadering eigen maken. Deze nieuwe manier van werken vraagt echter van de zorgprofessional een rolverandering en een andere manier van benadering. Daarom is dit proces van eigen maken een interessant onderzoeksterrein, welke kan bijdragen aan nieuwe inzichten met betrekking tot oplossingsgerichte benadering.

De oplossingsgerichte therapie verschilt op drie aspecten van het traditionele en ingebedde probleemgerichte werken in de zorgsector namelijk (1) het focussen op de oplossing versus het focussen op het probleem, (2) het bekijken van de resources versus het bekijken van de beperkingen en (3) de rol van de professional als coach versus de rol als expert. Deze verschillen dagen de zorgprofessionals uit in het eigen maken van de oplossingsgerichte werkwijze. Hieronder worden de drie verschillen verder toegelicht.

Het eerste aspect heeft betrekking op de verschillen tussen het medisch model en het toekomstgericht model. De probleemgerichte benadering hanteert het medisch model, waarin de deficiënties en problemen van de cliënt centraal staan. Het probleem wordt geanalyseerd en onderzocht om een diagnose te stellen en dan een oplossing te vinden. Deze aanpak gaat ervan uit dat er een noodzakelijk verband bestaat tussen het probleem en de oplossing, zodat een convergerende denkwijze ontstaat. Voor elk probleem bestaat slechts één oplossing. De oplossingsgerichte benadering is niet gericht op de exploratie van het probleem maar op de gewenste situatie, die de cliënt wil bereiken. En gaat daarnaast uit van een divergentie, wat betekent dat er meerdere oplossingen voor een probleem bestaan. De hulpverlener onderzoekt verschillende perspectieven ten aanzien van het probleem en zoekt gezamenlijk met de cliënt naar mogelijke werkzame oplossingen.

Het tweede aspect waarin de oplossingsgerichte benadering verschilt van de probleemgerichte benadering is haar focus op empowerment. De probleemgerichte benadering focust op de deficiënties, de doelen die belangrijk worden geacht door de zorgprofessional en de analyse van het probleem (Cantwell & Holmes, 1994). Doordat de focus op de problemen ligt, houdt de cliënt zich bezig met problemen en worden deze negatief versterkt. Dit staat in tegenstelling tot de oplossingsgerichte benadering, waarbij de bekwaamheden en doelen van de cliënt centraal staan en er zodoende een positieve versterking plaats vindt van het praten over doelen en oplossingen (de Jong & Berg, 2001).

Het derde aspect waarin de twee benaderingen van elkaar verschillen is de rol van de professional. De probleemgerichte benadering gaat ervan uit dat cliënten pathologieën

hebben die gediagnostiseerd en behandeld moeten worden door de zorgprofessional. Vanuit deze invalshoek is de zorgprofessional de expert en geeft instructies voor de behandeling. De oplossingsgerichte denkwijze gaat ervan uit dat cliënten zelf over de kracht kunnen beschikken om tot oplossingen te kunnen komen. Ideeën over problemen en oplossingen komen tot stand in het gesprek en door gebruik te maken van oplossingsgerichte vragen (Banninik, 2005).

Bovenstaande verschillen met traditionele werkwijzen laten zien dat het voor zorgprofessionals wel een andere werkinstelling vraagt. Het is dus begrijpelijk, gezien de jarenlange focus op problemen in de traditionele therapievormen, dat professionals zich hierin moeten scholen en oefenen.

Om inzicht te krijgen in hoeverre en op welke manier zorgprofessionals deze omzetting naar de nieuwe benadering realiseren is een analyse van het leerproces een interessante invalshoek. Verder zijn bij het eigen maken van de oplossingsgerichte benadering trainingen behulpzaam. Uit eerder onderzoeken bleek dat trainingen een positief effect hebben op communicatievaardigheden en het gevoel van zelfredzaamheid. Er komen echter ook uitdagingen naar voren. Communicatie is vaak moeilijk met mensen met een verstandelijke beperking (Fröhlich, Heinen, Lamers, 2001). Zorgprofessionals moeten dan non-verbale methoden vinden om de oplossingsgericht benadering toe te passen. Verder hebben zorgprofessionals de neiging om de regie van de cliënt over te nemen. Het is een bijzondere uitdaging om niet terug te vallen in de probleemgerichte benadering, maar de blik te richten op eerdere successen en competenties van de cliënt (Roeden, Bannink, 2007). Bovendien zijn zorgprofessionals soms van mening “dat kan niet met deze cliënt vanwege zijn verstandelijke beperking”. Meer onderzoek naar het aanleren van de oplossingsgerichte werkwijze is daarom van belang. In deze bachelorthese staat de volgende onderzoeksvraag centraal:

“Hoe ziet het leerproces van de oplossingsgerichte werkwijze door zorgprofessionals/begeleiders in de gehandicaptenzorg er in de concrete toepassing uit en welke factoren spelen hierbij een rol?”

Om inzicht te krijgen in dit leerproces, wordt voortgebouwd op twee deelonderwerpen die in de literatuur naar voren komen als belangrijke factoren: trainingen en werkervaring. De eerste factor is van belang omdat door het onderzoek naar trainingseffecten gekeken kan worden of en welke werkwijze veranderingen door de trainingen tot stand gebracht worden. Smith (2011) deed onderzoek naar het effect van een tweedaagse training in de oplossingsgerichte benadering. Opvallend hierbij was dat de deelnemers de technieken niet

overnamen, maar ze rapporteerden wel een betere communicatie en een verhoogd gevoel van controle en zelfredzaamheid. Bowles, Mackintosh en Torn (2001) deden onderzoek naar de invloed van een oplossingsgerichte communicatietraining. De deelnemende zorgverplegers volgden een 4-daagse training. Na de training verhoogde het gevoel van zelfvertrouwen van de deelnemers. Verder bleek dat zij meer zelfcontrole en minder angst in de interactie met cliënten hadden. Uit deze twee genoemde studies blijkt dus dat er veranderingen in de werkwijze optreden na een training in de oplossingsgerichte benadering. Of er ook veranderingen in het gebruik van de oplossingsgerichte aspecten bij zorgprofessionals in de gehandicaptenzorg plaatsvinden na een training wordt in het huidige onderzoek verder onderzocht.

Om de effectiviteit van trainingen te verhogen is een analyse hiervan belangrijk. Door een analyse van de effecten die trainingen op het leerproces hebben, kunnen deze nog beter toegepast worden op eventuele moeilijkheden die kunnen ontstaan en erop de nadruk leggen.

Het tweede deelonderwerp – werkervaring – is van belang omdat verondersteld kan worden dat zorgprofessionals met veel werkervaring het moeilijker vinden om deze nieuwe aanpak te leren dan zorgprofessionals die minder werkervaring hebben, vanwege hun vertrouwdheid met de probleemgerichte aanpak. Volgens O'Connells (2005) is het voor een nieuwe zorgverlener eenvoudiger de oplossingsgerichte benadering in praktijk te brengen dan voor iemand die met heel veel "intellectual baggage" aan de slag gaat. Verder is in de handwijzer voor oplossingsgerichte gespreksvoering (2001) van de Jong en Berg te lezen dat een verandering in de werkwijze vergelijkbaar is met het uitvoeren van een linkshandige taak met je rechter hand; het duurt een tijdje om aan de nieuwe situatie te wennen. Om deze redenen richt zich dit onderzoek ook op de vraag of werkervaring het eigen maken van de oplossingsgerichte benadering beïnvloed.

Op basis van deze deelonderwerpen, zijn de volgende twee deelvragen opgesteld:

1. "In hoeverre hebben trainingen in de oplossingsgerichte werkwijze invloed op het leerproces van de oplossingsgerichte werkwijze bij zorgprofessionals/begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking?"
2. "Is er een relatie te vinden tussen de werkervaring van zorgprofessionals/begeleiders en het leerproces van de oplossingsgerichte werkwijze?"

De beantwoording van de onderzoeksvraag "Hoe ziet het leerproces van de oplossingsgerichte werkwijze door zorgprofessionals/begeleiders in de gehandicaptenzorg er in de concrete toepassing uit en welke factoren spelen hierbij een rol?" vormt een praktische

relevantie voor zorginstellingen waar de oplossingsgerichte werkwijze wordt toegepast. Door kennis van het leerproces kunnen organisaties nieuwe medewerkers beter en individueeler opleiden in de oplossingsgerichte werkwijze. Het onderzoek kan inzichten geven hoe trainingen in de oplossingsgerichte werkwijze beter kunnen aansluiten bij de uitdagingen en leerbehoeften van de zorgprofessional. Kennis over de invloed van werkervaring kan ook geïntegreerd worden in de opzet van trainingen. Als er een verschil tussen de mate van werkervaring en het eigen maken van de oplossingsgerichte werkwijze te zien is, kan hiermee rekening worden gehouden in de trainingen. Bij zorgprofessionelen met veel werkervaring kan dan een nadruk op andere aspecten van de training gelegd worden dan bij zorgprofessionals met weinig of matige werkervaring.

2. Methode

2.1 Onderzoekscontext

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden werden tien zorgprofessionals van Avelijn, een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking, benaderd. Avelijn is binnen veertig jaar uitgegroeid tot een organisatie met ruim 1600 medewerkers die aan ruim 2300 cliënten ondersteuning bieden bij wonen en dagbesteding. Het oplossingsgericht werken (OGW)¹ staat sinds 2004 bij Avelijn centraal waarbij de toepassing gekenmerkt is door een oplossingsgerichte, respectvolle en cliëntgerichte houding. Voor de medewerkers van Avelijn betekent het oplossingsgericht werken dat ze zich gezamenlijk met de cliënt concentreren op oplossingen in plaats van het blijven stilstaan bij vragen.

Het huidige onderzoek baseert zich op een afgeronde longitudinale studie waarbij zorgprofessionals gevolgd zijn in hun leertraject met OGW. Het leertraject dat zij volgen bij Avelijn bevat drie verschillende trainingen. Training 1 vindt op één dag plaats na de startdatum bij Avelijn en bestaat uit een e-learning programma en een introductietraining over OGW. Training 2 bestaat uit vijf trainingdagen, verspreid over twee maanden, waarin praktische OGW oefeningen plaats vinden. Training 3 wordt op twee dagen achter elkaar aangeboden. Hierbij staat het theoretische concept van OGW centraal en de realisatie ervan in de praktijk.

2.2 Procedure

Voor het onderzoek was een aantal van 15 deelnemers gewenst die minder dan een jaar werkzaam zijn bij Avelijn. Een tweede inclusie criteria was een vooruitzicht op een lang dienstverband met een hoog aantal uren contract respectievelijk het aantal uren dat de werknemers zelf ook wilden. Verder werden voor het onderzoek deelnemers gezocht die nog diverse oplossingsgerichte trainingen moesten volgen en bereid waren om deel te nemen aan drie interviews tijdens de onderzoeksperiode.

Om deelnemers te verwerven, worden alle clustermanagers van Avelijn benaderd om na te gaan of er geschikte deelnemers in hun team zitten. Bij de keuze van de deelnemers is gebruikt gemaakt van een convenience sampling. Dit betekent dat deelnemers in het onderzoek geïntegreerd worden die op dat moment ter beschikking zijn. Het is dus een

¹ Door Avelijn wordt in plaats van ‘oplossingsgerichte werkwijze’ de term oplossingsgericht werken (OGW) introduceert. Vervolgens wordt deze term gebruikt.

gemakkelijke manier van het werven van deelnemers. De medewerkers die door de clustermanagers als geschikt werden geschat, werden mits de genoemde inclusie criteria in het onderzoek ingesloten. Voorafgaand aan het onderzoek werden de deelnemers, aan de hand van een PowerPoint presentatie op de hoogte gesteld van het doel van het onderzoek, de verwachte tijdsinvestering, de tijdsplanning en de omgang met de data. Het werd duidelijk gemaakt dat de anonimiteit van elke deelnemer gewaarborgd is en dat er vertrouwelijk met de gegevens wordt omgegaan. Na afloop hebben de deelnemers een informed consent moeten tekenen waarin dezelfde informatie te vinden was.

Verspreid over een periode van 1 jaar worden in totaal drie interviews afgenomen. Na afloop van het eerste interview ontvingen de deelnemers een officiële uitnodiging voor het eerste logboek per mail waarin de omgang met het logboek verduidelijkt werd en waarin een link voor het eerste logboek-template te vinden was. Om de data goed met elkaar te kunnen vergelijken werden de deelnemers gevraagd om het logboek elke tweede week na afloop van de middelste werkdag in te vullen.

2.3 Deelnemers

In totaal konden 20 medewerkers van Avelijn geworven worden, waarvan 5 assistent begeleiders, 6 begeleiders, 2 clustermanagers, 1 cluster assistent, 1 gedragswetenschapper en 1 administratief medewerker. Van de 20 medewerkers zijn vier personen uitgevallen vanwege diverse redenen. In dit onderzoek is alleen het agogische personeel meegenomen die direct met de cliënt werken, dus de assistent begeleiders en begeleiders zodat 11 deelnemers in de studie participeerden. Uiteindelijk bleek dat één deelnemer qua ervaring in OGW niet aan de inclusiecriteria voldeed zodat uiteindelijk tien deelnemers in het huidige onderzoek participeren.

Tabel 1. *Overzicht van leeftijd, werkervaring, aantal trainingen en aantal fragmenten per deelnemer*

Deelnemer	Leeftijd	Werkervaring	Aantal trainingen	Aantal fragmenten
1	41	22 jaar (v)*	3	17
2	29	4 jaar (m)*	2	21
3	34	> 8jaar (v)	2	25
4	24	3 stages (w)*	2	21
5	45	< 2 jaar (w)	2	25
6	53	> 8 jaar (v)	2	10
7	41	4 jaar (m)	3	17
8	35	13 jaar (v)	2	18
9	44	25 jaar (v)	3	13
10	27	5 jaar (m)	2	9

Noot. v* = veel, m* = matige, w * = weinig

De onderverdeling met betrekking tot de werkervaring is gebaseerd op: minder dan 2 jaar werkervaring = weinig werkervaring; tussen 2 en 8 jaar werkervaring = matige werkervaring; meer dan 8 jaar werkervaring = veel werkervaring. Voor deze indeling is gekozen omdat de deelnemers qua werkervaring heel sterk van elkaar verschillen. Er is een tegenstelling tussen nauwelijks werkervaring, 4 jaar werkervaring en rond 15 jaar werkervaring zodat op die manier drie groepen ontstaan zijn.

De tien deelnemers bestaan uit acht vrouwen en twee mannen met een gemiddelde leeftijd van 38 en een gemiddelde werkervaring van 9 jaar.

2.4 Data-verzameling

De verzameling van de data werd bereikt door elke zorgprofessional te vragen om twee - wekelijks een concrete situatie waarin OGW wel of niet werd toegepast in een logboek-template (zie bijlage A) te beschrijven. Verder werden tijdens de onderzoeksperiode drie interviews afgenomen en bij sommige deelnemers vond aanvullend een meeloop dag op de locatie plaats.

Het logboek-template bestaat uit drie vragen. De eerste vraag bevat het wel of niet bewust bezig zijn met het toepassen van oplossingsgericht werken in de afgelopen twee weken. In de tweede vraag, wordt naar een beschrijving van een werkmoment gevraagd, waarbij gespecificeerd kon worden aan de hand van vier kwadranten; namelijk of het oplossingsgericht werken toegepast of niet toegepast wordt in relatie tot de effectiviteit. De

situatie kon betrekking hebben op een interactie tussen de deelnemers met cliënten, medewerkers of derde personen. Er werd geen beperking opgelegd. In de beschrijving werd gevraagd naar de omstandigheden en de handelingen van de deelnemer. De derde vraag bevat 17 uitspraken met betrekking tot de werkbevoegdheid. Bij iedere uitspraak zal de deelnemer met een cijfer van 0 tot 6 aangeven hoe vaak deze van toepassing is geweest in de afgelopen twee weken.

Dit onderzoek beperkt zich tot het analyseren van de tweede vraag van het logboek-template, omdat het onderzoek zich focust op de praktische toepassing van OGW.

2.5 Data-analyse

Het leerproces van OGW wordt in het huidige onderzoek geëxploreerd door het aantal beschreven oplossingsgerichte aspecten waarop wordt in gegaan.

In totaal zijn er 167 fragmenten beschreven. Hiervan zijn er 30 afgevallen, omdat de deelnemers geen werkmoment konden herinneren, geen tijd hadden voor het beschrijven of er konden geen OGW aspecten geanalyseerd worden door de beoordelaar zodat uiteindelijk 137 fragmenten in de analyse worden meegenomen. De data wordt geanalyseerd op basis van het theoretisch OGW concept van Louis Cauffman wat hieronder wordt uitgelegd aan de hand van definities en illustraties uit de fragmenten.

2.5.1 *Solution Cube*

De toepassing van OGW binnen Avelijn is gebaseerd op de opleiding in de oplossingsgerichte benadering van Louis Cauffman, die gebruik maakt van de Solution Cube (zie bijlage B). Om de realiteit van OGW weer te geven, heeft hij de Solution Cube ontworpen. Op de zes vlakken van deze kubus wordt de essentie van de oplossingsgerichte benadering van Cauffman weergegeven. De theoretische concepten² zijn de basis axioma's, de basisregels, de non-specifieke factoren, de 7 stappendans, het stroomdiagram en de mandaten (Cauffman, 2011). Elk dimensie bestaat uit een verschillend aantal labels.

De zes dimensies worden hieronder uitgelegd aan de hand van de definitie en illustraties aan de hand van de inhoud van de fragmenten.

In deze illustraties wordt tussen hakjes aangegeven op welke plaats een label van de dimensies wordt toegepast, tenzij dit duidelijk uit het fragment naar voren komt. Verder zijn

² Deze concepten worden vanaf nu als “dimensies” beschreven

alle onderstaande informatie met betrekking tot de Solution Cube gebaseerd op het boek ‘Simpel’ van Louis Cauffman (2011).

2.5.1.1 Basis axioma's:

De basisaxioma's schragen het denken achter het oplossingsgericht denken. Ze vormen de fundamenten waarop het denken en handelen wordt gebaseerd en bestaan uit resourcegericht denken, klantgericht werken, systemisch denken en werken, resilience en cognitie-emotie-gedrag

Tabel 2: Definitie en illustratie van de Basisaxioma's

Basisaxioma	Definitie	Illustratie a.d.h.v. de inhoud van de fragmenten
Resourcegericht	Krachtbronnen van de cliënt.	Deelnemer 7, fragment 18 <i>“Ik heb met oplossing gerichte vragen en doorvragen geprobeerd welk netwerk (de krachtbron) zij heeft die haar zouden kunnen helpen met verhuizen.”</i>
Klantgericht	De cliënt staat met zijn individuele wensen en behoeften centraal staat en de zorgprofessional alleen een ondersteunende rol vervult.	Deelnemer 4, fragment 8 <i>“(…) Ik heb toen gevraagd wat haar het verstandigst lijkt (klantgericht). Zei gaf aan hier te blijven.”</i>
Systemisch model	De context waarin de cliënt leeft en met de manier waarop de cliënt in interactie met zijn context staat.	Deelnemer 7, fragment 23 <i>“Cliënt heeft bijna een jaar niet op de locatie gewoond, maar bij zijn vriendin. Hij moest terug komen op de locatie (...) Cliënt wou meteen al weer terug naar zijn vriendin. Ik heb O.G.W</i>

		<i>toegepast om te laten inzien dat hij de juiste keus zou maken “(rekening gehouden met vriendin als belangrijke persoon voor cliënt).</i>
Resilience	Het doorgroeivermogen na een moeilijke levensgebeurtenis.	Deelnemer 3, fragment 24 <i>(Cliënt is bang voor vuurwerk) “Haar gevraagd hoe ze daar voorgaande jaren mee is omgegaan (resilience). Ze herinnerde zich wat ze toen had gedaan.”</i>
Cognitie – Emotie – Gedrag	Wij leven niet in een vacuüm maar zijn voortdurend in interactie. Er spelen altijd gedachten door ons hoofd terwijl we daarbij emoties ervaren en iets doen.	Deelnemer 3, fragment 6 <i>(Cliënt heeft schulden waardoor hij depressieve gevoelens krijgt) “ Door cliënt te vragen naar zijn 'resources' (cognitie) kon cliënt het piekeren uitbalanceren (emotie) met dingen die hij leuk vindt om te doen (gedrag) en zijn aandacht te verdelen.”</i>

2.5.1.2 Basisregels

De basisregels ‘Als het niet kapot is, repareer het dan niet’, ‘Als het niet werkt, stop ermee en doe iets anders’, ‘Als iets wel werkt, doe er méér van’ en ‘Als iets werkt, leer het (van) een ander’ worden opgesteld om op een simpele manier met complexe situaties om te gaan.

Tabel 3: Definitie en illustratie van de Basisregels

Basisregel	Definitie	Illustratie a.d.h.v. de inhoud van de fragmenten
1. Als het niet kapot is, repareer het dan niet.	Als iets in de waarneming van de cliënt als niet-probleematisch wordt beschouwd, dan hoeft de professional niets aan de situatie te veranderen.	Deelnemer 1, fragment 12 <i>“De cliënt ervoer haar stoelgang niet als een probleem en vond het bijhouden van een defecatielijst maar raar. Het hierbij gelaten.”</i>
2. Als het niet werkt, stop ermee en doe iets anders.	Als iets niet werkt, leidt meer van hetzelfde tot niets, zodat ermee gestopt moet worden. Het is aan te raden om een andere weg in te slaan.	Deelnemer 6, fragment 14 <i>“Cliënt gevraagd hoe hij het anders zou willen: Daar kan hij geen antwoord op geven. Ik heb 't toen anders aangepakt en hem gezegd: jij hebt geen zin? dan doe je 't maar zonder zin.”</i>
3. Als iets wel werkt, doe er méér van.	Als iets succesvol blijkt, is het aan te raden ermee door te gaan, ook als deze manier verschilt van wat van tevoren was verwacht.	Deelnemer 5, fragment 5 <i>“Ik heb gezien dat een cliënt niet goed overweg kon met geld. Ze kan wel overweg met een laptop. Ik heb toen met diegene, rekenweb.nl erop gezet, dat werkte.”</i>
4. Als iets werkt, leer het (van) een ander.	De zorgprofessional en de cliënt worden uitgenodigd om hun succesvolle omgang met een	Deelnemer 9, fragment 9 <i>“Cliënt was 5 min te laat, gaf aan dat ik mij aan de afspraak</i>

situatie onderling te delen.

moest houden dus hij weigerde de medicatie. Ik heb geleerd dat ik me bij hem echt aan de afspraken moet houden.”

2.5.1.3 Non-specifieke factoren

De drie non-specifieke factoren ‘voel ik me begrepen’, ‘authentieke aandacht en respect’ en ‘inductie van hoop op verandering’ dragen bij aan een goede relatie tussen zorgprofessional en cliënt.

Tabel 4: Definitie en illustratie van de Non –specifieke factoren

Non- specifieke factoren	Definitie	Illustratie a.d.h.v. de inhoud van de fragmenten
Voel ik me begrepen?	De professional laat inlevingsvermogen zien tegenover de cliënt en toont begrip voor zijn situatie.	Deelnemer 3, fragment 18 <i>“(De vader van een Cliënt is overleden). Cliënt was somber. Alleen geluisterd naar cliënt en begrip getoond.”</i>
Authentieke aandacht en respect	De professional toont aandacht door te luisteren, door te vragen en zelf na te denken over een mogelijke oplossing.	Deelnemer 7, fragment 11 <i>“Cliënt vertelde over een andere bewoner. Ik heb hem oplossingsgerichte vragen gesteld , wat hij toen heeft gedaan. Ik heb door gevraagd.”</i>
Inductie van hoop op verandering	De professional laat de cliënt zien dat er een positief vooruitzicht gesteld kan worden. (Westra, Bannink, 2006).	Deelnemer 4, fragment 22 <i>“Mijn cliënt wou graag haar verjaardag vieren maar wist niet hoe ze dit moest organiseren, aangegeven hoe doet mama dat altijd,</i>

2.5.1.4 De 7 stappendans

De zevenstappendans bestaand uit contact leggen, context verhelderen, doelen stellen, krachtbronnen ontdekken, complimenten geven, differentiatie en toekomstgerichtheid en “is het procesprotocol waarmee zorgprofessionelen op een creatieve en flexibele manier kunnen omgaan met cliënten” (Cauffman, 2010). De zeven stappen kunnen eindeloos met elkaar gecombineerd worden, waarmee met een volgorde geen rekening gehouden moet worden. Alleen de eerste stap, “contact leggen”, is altijd de eerste stap.

Tabel 5: Definitie en illustratie van de 7 Stappendans

7 Stappendans	Definitie	Illustratie a.d.h.v. de inhoud van de fragmenten
Contact leggen	Het welkom heten van de cliënt door de zorgprofessional.	Deelnemer 2, fragment 1 <i>“In gesprek met een nieuwe cliënte (contact leggen). Daarin besproken wat haar wensen zijn, hoe zij de hulpverlening wilde vormgeven.”</i>
Context verhelderen	Inzicht krijgen in de problematische situatie van de cliënt.	Deelnemer 5, fragment 16 <i>“Cliënt S komt boos terug van zijn werk.. Wanneer hij boos is moet je proberen er achter te komen waar het hem in zit.”</i>
Doelen stellen	Vragen wat de cliënt in plaats van het probleem zou willen hebben.	Deelnemer 6, fragment 6 <i>“Cliënt wil met mij afspraak maken om samen grote schoonmaak te houden. Ik vraag hem wat hij nodig heeft om op tijd zijn bed uit te komen en echt te beginnen.”</i>

Krachtbronnen ontdekken	De sterke punten van het cliënt naar voren brengen.	Deelnemer 7, fragment 7 <i>“Cliënt kwam naar mij om te vragen of ik wou helpen met haren wassen. Ik heb haar open vragen gesteld hoe ze het heeft gedaan (krachtbron) toen ik op vakantie was .”</i>
Complimenten geven	Een uitdrukking van een pluim.	Deelnemer 2, fragment 1 <i>“Complimenten gegeven dat ze het (moeite met de schoonmoeder) zo goed kon benoemen en voor de oplossing die ze bedacht.”</i>
Differentiatie	De cliënt helpen om vanuit een ander perspectief naar zijn situatie te kijken en hem te laten zien dat er ook uitzonderingen bestaan.	Deelnemer 6, fragment 3 <i>“Cliënt met alcoholproblemen heeft zijn medicatie laten staan. Hij denkt dat het heel moeilijk wordt en hij weer helemaal opnieuw moet beginnen. Je hebt al laten zien dat je 't kan (niet drinken).” (uitzondering)</i>
Toekomstgerichtheid	Vragen stellen naar wensen voor de toekomst.	Deelnemer 3, fragment 23 <i>(Cliënt wil verhuizen)” Hem in de afgelopen tijd bevraagd wat hij daarvoor nodig heeft en of hij dan geld moet sparen voor nieuwe dingen, opknappen van 't nieuwe huisje en dergelijke.”</i>

De Solution Cube bestaat verder uit de twee dimensies: Stroomdiagram en Mandaat. Het stroomdiagram beschrijft de relatie tussen zorgprofessional en cliënt, die als bezoeker-, klager-, klant- of co-expert relatie betiteld kan worden en die gevormd wordt door het bestaan van een probleem of een beperking, de hulpvraag van de cliënt en het in staat zijn van de cliënt om zijn eigen krachtbronnen te ontdekken. De zorgprofessional moet zich afvragen hoe een cliënt met een bezoeker-relatie naar een co-expert relatie begeleid kan worden. Het blijkt dat er een proces kan plaatsvinden. De beschreven werkmomenten houden echter niet alleen een interactie met een bepaalde cliënt/medewerker/derden in, waardoor niet naar een verandering van de relatie gekeken kan worden en zodoende als beschrijving voor de leerproces niet representatief is.

Verder worden volgens Cauffman drie mandaten onderscheiden: leider, begeleider en manager die de zorgprofessional tegelijkertijd bekleed. Afhankelijk van de situatie komt één van de mandaten duidelijker naar voren. Als een cliënt bijvoorbeeld in een situatie terecht komt waarmee de cliënt zich overweldigd voelt, neemt de zorgprofessional tijdelijk de leiding over en bekleedt het leider mandaat.

Het krijgen van een mandaat hangt samen met de werkrelatie, als iemand geen hulpvraag heeft, krijgt de zorgprofessional ook geen mandaat. Vanwege het niet opnemen in de analyse van het Stroomdiagram en de samenhang tussen de twee dimensies, wordt de dimensie Mandaat ook niet opgenomen.

2.5.1.5 Bijkomende gesprekstechnieken

Tijdens de analyse van de fragmenten zijn er naast de technieken van de 7 stappendans 38 andere gesprekstechnieken opgevallen. Deze zijn bottom-up geanalyseerd. Dit zijn: uitdagen/motiveren/stimuleren, oplossingen aandragen, open vragen stellen, doorvragen, visualisatie, leeg luisteren, samenvatten, spiegelen, vraag terugleggen, aanpassen aan niveau van cliënt, vergelijking, voorstel doen, afspraken maken, overtuigen, voorbeeldgedrag, empowerment, humor, uitdagen/stimuleren/motiveren, geven van eigen visie, confronteren, verbieden, keuze aanbieden, helpen herinneren, terugblikken, gesloten vraag stellen, signalen opmaken uit non – verbale communicatie, duidelijkheid geven, opdracht meegeven, overnemen, wijzen op regels, ontlasten, emotioneel ondersteunen, begrip tonen, praktisch ondersteunen, terugkoppelen naar cliënt, context verhelderen voor cliënt, cliënt sturen en cliënt niet dwingen.

Omdat in de analyse alleen gelet wordt op de veel beschreven technieken (zie bijlage C), worden vervolgens alleen deze uitgelegd.

Tabel 6: Definitie en illustratie van de bijkomende technieken

Oplossingsgerichte technieken	Definitie	Illustratie a.d.h.v. de inhoud van de fragmenten
Uitdagen/Stimuleren/ Motiveren	De cliënt uitnodigen om zijn eigen resources te gebruiken om zijn situatie te veranderen.	Deelnemer 1, Fragment 2 <i>“Ik heb een cliënt zelf laten nadenken over wat we kunnen doen aan zijn schoenen die stuk waren.”</i>
Oplossingen aandragen	Het bedenken van een oplossing door de zorgprofessional	Deelnemer 2, Fragment 2 <i>“Cliënt vertelde onsamenhangend verhaal waarop ik gesprek structureerde. Hij wordt rustiger. Ik heb een aantal oplossingen aangedragen en hem gevraagd wat hij daarvan vond.”</i>
Open vragen stellen	Vereist een uitgebreid antwoord die niet met “ja” of “nee” beantwoord kan worden.	Deelnemer 2, Fragment 14 <i>“Wat wil je graag?”</i>
Doorvragen	Continue vragen waardoor de cliënt meer van zijn situatie vertelt.	Deelnemer 3, Fragment 24 <i>“Wat vindt je mooi aan het vuurwerk, hoe ben je voorgaande jaren daarmee omgegaan en kan je dat weer zo doen?”</i>
Visualisatie	De cliënt op een visuele manier de situatie verduidelijken.	Deelnemer 5, Fragment 8 (Cliënt gaat altijd over boodschappennorm) <i>“Ik heb in zijn lade op een papier groot € 17,50 gezet.”</i>

Gezamenlijk met de 7 stappendans worden de vijf bijkomende gesprekstechnieken samengevat zodat zich in totaal vier dimensies voor de analyse van de fragmenten voordoen namelijk de basisaxioma's, de basisregels, de non-specifieke factoren en de gesprekstechnieken (inclusief 7 stappendans). Met behulp van deze vier dimensies en de

bijbehorende labels, die in tabel 2 tot en met 6 werden uitgelegd, werd elk fragment geanalyseerd.

Omdat de analyse van dit onderzoek primair van kwalitatieve aard is, is het van belang dat er overeenstemming wordt bereikt over hoe de labels geanalyseerd worden. Beoordelaars van de data hebben verschillende opvattingen van de dimensies en begrijpen de inhoud ervan verschillend. Op grond daarvan wordt een pilotstudie uitgevoerd, waarbij twee beoordelaars 15 fragmenten analyseerden. Met betrekking tot de vier dimensies die in de analyse worden opgenomen, resulteerde dit in een inter-beoordelaar-betrouwbaarheid van 40 %. Deze waarde bevindt zich volgens Bland en Altman (1986) in het matig bereik van de inter-beoordelaar betrouwbaarheid. Door dit resultaat wordt duidelijk dat bepaalde dimensies een divers aantal interpretaties hebben. In de fragmenten worden de labels zelden direct benoemd zodat de beoordelaars gevraagd zijn om te kijken of de labels door interpretatie van het gehele fragment indirect aanwezig zijn. Op grond van deze bevindingen werd een aanpassing van de data-analyse doorgevoerd door de beoordelaars. De aanpassing hield een verkleining van de interpretatieruimte in zodat voor de beoordelaar geen uitgebreide interpretatie was toegestaan. Elk aspect³ werd duidelijk gedefinieerd en ook de context waarin het aanwezig moet zijn om het te mogen interpreteren.

2.6 Uitvoering van de data-analyse

Voor het kwantificeren van de data werd het statistiekprogramma SPSS gebruikt waarmee vervolgens een descriptieve analyse werd uitgevoerd.

Uitsluitend fragmenten waarin de oplossingsgerichte aspecten te vinden waren, werden in de analyse opgenomen. Daarbij werd geen rekening gehouden met de keuze van het kwadrant door de deelnemer. Een beschreven werkmoment waarin volgens de deelnemer niet oplossingsgericht gewerkt werd, maar waar volgens de beoordelaar wel oplossingsgerichte aspecten werden gevonden, werd zodoende wel in de analyse opgenomen. Een voorbeeld hiervoor is: Fragment 10 (deelnemer 2): *“Tijdens een telefoongesprek heb ik de cliënt gevraagd of ze wilde dat ik een mailtje zou sturen naar de begeleiding van haar dochter. Ze vroeg hier niet om, ik had zelf zorgen, en stelde haar daarom de vraag. Cliënt heeft aangegeven dat het niet nodig was de mail te sturen en heb het daarom ook niet gedaan.”* De zorgprofessional werkt in het voorbeeld cliëntgericht, laat de cliënt zelf beslissen en stelt zichzelf in de achtergrond. Oplossingsgerichte aspecten zijn dus herkenbaar.

³ De gecodeerde labels van de dimensies worden vanaf nu oplossingsgerichte aspecten genoemd

De onkunde met betrekking tot OGW leidde bij de deelnemers eventueel soms tot een foute inschatting van het wel of niet toepassen van OGW aspecten waardoor het gekozen kwadrant niet aansluit. Verder hebben deelnemers soms per ongeluk een onjuist kwadrant gekozen wat in het derde interview naar voren kwam. In het derde interview was er een reflectie op onduidelijke fragmenten onder leiding van de onderzoeksleider, zodat deelnemers de mogelijkheid hadden om deze fragmenten uit te leggen. De toegevoegde informatie was voor de analyse van de fragmenten van het derde interview erg behulpzaam.

Vanwege een onregelmatige verslaglegging van de deelnemers ontstond een grote variatie tussen het aantal fragmenten per deelnemer. Vanwege het verschil in het aantal fragmenten was een vergelijking tussen de deelnemers niet mogelijk zodat elke deelnemer individueel geanalyseerd moest worden. Er werd hierbij gelet op de unieke kenmerken van de fragmenten zoals het aantal fragmenten en het aantal beschreven aspecten binnen de onderzoeksperiode met de hoogte - en dieptepunten met betrekking tot het aantal beschreven aspecten. De relatie tussen het aantal aspecten en de gevolgde OGW trainingen werd ook opgenomen. Verder zijn citaten uit de fragmenten van de deelnemers opgenomen die relevant voor de onderzoeksvraag bleken te zijn.

Voor elke deelnemer ontstond op die manier een diagram (zie bijlage D) waaruit bleek hoeveel aspecten in elk fragment werden beschreven. Voor elke deelnemer werd het gemiddelde aantal beschreven aspecten per fragment uitgerekend. Deze waarde werd als oriëntatiepunt gebruikt om te constateren of een deelnemer veel of weinig aspecten heeft beschreven. Uit de descriptieve analyse werd duidelijk welke aspecten bij welke fragmenten hun toepassing vonden.

Vervolgens werd gekeken of er overeenstemmingen te vinden zijn tussen de diagrampatronen van de deelnemers en of de factoren werkervaring en trainingen een invloedrijke rol innemen.

Om de eerste deelvraag: “In hoeverre hebben trainingen in de oplossingsgerichte werkwijze invloed op het leerproces van de oplossingsgerichte werkwijze bij zorgprofessionals/begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking?” te beantwoorden werd het fragment vóór en na Training 1 en 3 bekeken. Een toename van het aantal beschreven aspecten duidt op een positieve invloed van de trainingen. Training 2 werd aangeboden over twee maanden zodat de fragmenten binnen de twee maanden bekeken werden.

Om de tweede deelvraag: “Is er een relatie te vinden tussen de werkervaring van een zorgprofessional/begeleider en het leerproces van de oplossingsgericht werkwijze?” te

beantwoorden werd het verloop van de diagrammen inclusief de diepte- en hoogtepunten met betrekking tot het aantal aspecten beschouwd en gekeken of zich de drie groepen weinige, matige, veel werkervaring van elkaar onderscheiden

Er moet hierbij vermeld worden dat op basis van deze uitvoering alleen tendenties vastgesteld kunnen worden en geen significante correlaties..

3. Resultaten

De resultaten zijn gebaseerd op de diagrammen per deelnemer (zie bijlage D) en de SPSS Output (zie bijlage C). Ter beantwoording van de eerste deelvraag “In hoeverre hebben trainingen in de oplossingsgerichte werkwijze invloed op het leerproces van oplossingsgericht werken bij zorgprofessionals/begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking?” blijkt het volgende:

Voor elke deelnemer werd uitgerekend hoe veel OGW aspecten per fragment beschreven worden zodat voor elke deelnemer een individueel gemiddelde berekend kon worden. Het wordt duidelijk dat het aantal aspecten bij zeven deelnemers aan het begin, oftewel na Training 1, boven het individuele gemiddeld aantal beschreven aspecten ligt.

Training 2 wordt over twee maanden aangeboden zodat de fragmenten binnen de twee maanden na de startdatum van Training 2 bekeken worden. Met betrekking tot een verandering van het aantal aspecten na Training 2 is te constateren dat alleen drie deelnemers een toename in het beschrijven van het aantal aspecten laten zien. Bij vijf deelnemers is een dalende tendentie te constateren met betrekking tot hun beschreven aspecten. Bij de overige twee deelnemers is nog een positieve nog een negatieve verandering van Training 2 te zien.

Van de tien deelnemers hebben er acht Training 3 gevolgd. Bij twee deelnemers valt Training 3 echter buiten de onderzoeksperiode zodat alleen bij zes deelnemers naar een verandering door Training 3 gekeken kan worden. Van de zes deelnemers is bij drie deelnemers een daling van het aantal aspecten in het opvolgende fragment na Training 3 te zien in vergelijking met het aantal aspecten in het fragment er voor. Bij de drie overige deelnemers, is een positieve verandering te constateren wat betekent dat zij in het fragment na Training 3 meer aspecten beschrijven dan in het fragment vóór Training 3.

Om de tweede deelvraag “Is er een relatie te vinden tussen de werkervaring van een zorgprofessional/begeleider en het leerproces van oplossingsgericht werken?” te beantwoorden wordt het aantal fragmenten waarin OGW aspecten beschreven worden per deelnemer, het verloop van de beschreven aspecten over de onderzoeksperiode en de veel beschreven aspecten bekeken.

De deelnemers beschreven tussen de 3 en 23 werkmomenten waar zij oplossingsgerichte aspecten toepasten over de periode van een jaar. Het blijkt dus een grote variatie met betrekking tot het opschrijven van fragmenten door de deelnemers. De onderstaande tabel verduidelijkt de verdeling van het aantal fragmenten in relatie tot de werkervaring.

Tabel 7: Aantal fragmenten per deelnemer

Deelnemer	Aantal fragmenten
3 (v)*	23
5 (w)*	22
2 (m)*	17
4 (w)	15
8 (v)	15
1(v)	14
7(m)	11
6 (v)	9
9 (v)	8
10 (m)	3

Noot. v*= veel werkervaring; m* = matige werkervaring; w*= weinig werkervaring

Uit tabel 7 blijkt dat zich in de bovenste helft (15 tot 23 fragmenten) 40% van de deelnemers met veel werkervaring, 33% van de deelnemers met matige werkervaring en 100% van de deelnemers met weinig werkervaring bevinden. Omdat de groepen niet van gelijke grootte zijn, kan deze informatie moeilijk met elkaar vergeleken worden. Ze kunnen echter wel een tendentie laten zien. Aan de hand van het aantal fragmenten blijkt dat deelnemers met weinig werkervaring vaker reflecteren op hun oplossingsgerichte werkwijze dan deelnemers met veel en matige werkervaring.

Het gemiddeld aantal beschreven aspecten van de tien deelnemers ligt tussen 8 en 11 per fragment waarbij geen verschil te zien is tussen deelnemers met veel, matige en weinig werkervaring.

Met betrekking tot het algemene verloop van het aantal beschreven aspecten valt op dat elke deelnemer niet constant een aantal aspecten beschrijft, maar dat dit aantal sterk wisselt. Bij elke deelnemer is een golvende curve te zien zodat er geen opvallende tendentie lijkt te zijn. Alleen bij deelnemer 1 met veel werkervaring is een dalende tendentie met betrekking tot het aantal beschreven aspecten te constateren. Bovendien blijkt er een tendens te zijn dat de deelnemers aan het begin meer aspecten beschrijven dan aan het eind van de onderzoeksperiode.

Met betrekking tot de hoogte- en dieptepunten van het aantal beschreven aspecten, valt op dat telkens twee deelnemers met matige en twee met veel werkervaring aan het begin de meest aantal aspecten beschrijven en in het midden het minst. De twee deelnemers met weinig werkervaring en een deelnemer met veel werkervaring beschrijven ook aan het begin

het meeste aantal aspecten, maar aan het eind het minste aantal aspecten. De overige drie deelnemers laten telkens verschillende patronen zien.

Hieronder zal van alle vier dimensies worden besproken welke aspecten ervan het meest worden beschreven. Met betrekking tot de basisaxioma's valt op dat alle deelnemers tijdens hun beschreven werkmomenten vooral cliëntgericht werken.

Verder is er een duidelijke trend herkenbaar met betrekking tot de basisregels. De twee meest beschreven regels zijn "Als het niet werkt, stop er dan mee en doe iets anders" en "Als iets werkt, doe er meer van". Binnen de groepen op basis van werkervaring valt op dat alleen deelnemers met weinig werkervaring beide regels het meest beschrijven.

Met betrekking tot de non-specifieke factoren wordt duidelijk dat alle deelnemers met uitzondering van deelnemer 3, 8 en 9 (allemaal veel werkervaring) in hun beschreven werkmomenten vooral uitingen laten zien van 'authentieke aandacht geven' en 'respect tonen', waar deelnemer 1 en 7 in 100% van de beschreven werkmomenten deze non-specifieke factoren laten zien. De drie deelnemers met veel werkervaring (3, 8 en 9) beschrijven vooral het OGW aspect "inductie van hoop op verandering" maar benoemen ook vaak de andere twee aspecten 'authentiek aandacht geven' en 'respect tonen'.

Met betrekking tot de veel beschreven technieken valt op dat er overeenkomsten tussen de deelnemers maar ook verschillen bestaan zoals uitgelegd in tabel 8.

Tabel 8: *Verdeling van de deelnemers over de veel beschreven technieken*

Techniek	Deelnemer
Uitdagen/stimuleren/motiveren	1 (v)*, 2(m)*, 3(v), 6(v), 8(v), 9(v), 10(m)*
Doelen stellen	1, 2, 3, 7 (m), 8, 9
Sterke punten	1, 3
Oplossingen aandragen	2, 5(w), 8
Complimenten	4 (w), 6
Open vragen	4, 7
Doorvragen	7
Visualisatie	5

Noot. v*= veel werkervaring m*= matige werkervaring w*= weinig werkervaring

Als bekeken wordt hoeveel deelnemers een van de genoemde technieken beschrijven valt op dat het uitdagen/stimuleren/motiveren en doelen stellen op de voorgrond staat. Van de tien deelnemers beschrijft 70% het uitdagen/stimuleren/motiveren en 60% het stellen van doelen. De twee deelnemers met weinig werkervaring zitten niet in deze groepen maar

beschrijven vooral het aandragen van oplossingen, het geven van complimenten, het stellen van open vragen en het visualiseren.

Bovendien is tijdens het analyseren van de fragmenten bij sommige deelnemers met matige en veel werkervaring opgevallen dat vraagtechnieken van de probleemgeoriënteerde werkwijze werden beschreven. Deelnemer 7 met matige werkervaring beschrijft in fragment 20: *“Hij vertelde dat hij erge buikpijn had. Ik heb hem gevraagd waar de pijn zat en hoe hij dacht dat hij dit had gekregen, met door vragen kwam ik er achter dat hij s'morgens niet eet en dan later buikpijn heeft.”* Verder beschrijft deelnemer 8 met veel werkervaring het volgende in fragment 27 *“Haar opgevangen, probleem uitgespit, waar ging het mis, wat is er gebeurd (...) Haar geholpen om achter de oorzaak van het probleem te komen en na te denken over een oplossing.”* Deelnemer 2 met matige werkervaring beschrijft in fragment 17: *“Met haar gesproken over hoe dit kon gebeuren, ze denkt al drie weken dat het uit is, en hoort niets van haar vriend”.*

Het benoemen van oorzaken, als kenmerk van de probleemgeoriënteerde werkwijze, staat in de drie bovengenoemde citaten op de voorgrond. Bij deelnemers met weinig werkervaring werden dergelijke uitspraken niet gevonden.

4. Discussie

Door het bestuderen van de literatuur bestond de verwachting dat er mogelijk een invloed was waar te nemen van de factoren werkervaring en trainingen. Verwacht werd dat een continue toename zou zijn van het benoemen van OGW aspecten tijdens het verloop van de onderzoeksperiode. De trainingen die tijdens de onderzoeksperiode plaatsvonden zouden een beïnvloedende factor voor een eventuele opvallende toename betekenen. Verder werd verwacht dat de toename van de genoemde OGW aspecten sterker zou zijn bij deelnemers met weinig werkervaring dan bij deelnemers met matige en veel werkervaring. De genoemde verwachtingen kwamen in het huidige onderzoek niet duidelijk naar voren.

Een continue toename van de benoemde aspecten was niet waar te nemen. Het algemene verloop werd echter gekenmerkt door een hoog aantal aspecten aan het begin van de onderzoeksperiode, dus na Training 1, en een klein aantal aspecten aan het eind. Het aantal aspecten in de tussentijd wisselde sterk. Een reden hiervoor kan de motivatie van de deelnemers zijn om de geleerde vaardigheden uit Training 1, waarin zij vlak voor het eerste werkmoment participeerden, te beschrijven. De daling aan het eind van de onderzoeksperiode

kan toegeschreven worden aan het ontbreken van een training, maar ook aan de ontbrekende motivatie van de deelnemers om een werkmoment uitgebreid te beschrijven.

Vanwege de overwegend golvende curves die het aantal aspecten per fragment weerspiegeld, was een invloed van de trainingen op lange termijn niet te constateren. Daarom wordt met betrekking tot de invloed van de Training 1 en Training 3, die telkens op één respectievelijk twee dagen plaats vonden, alleen het erop volgende fragment bekeken. Het is echter te betwijfelen of het bekeken fragment representatief is voor de invloed van de training op het aantal beschreven aspecten. Factoren zoals het ontbreken van tijd om een werkmoment uitgebreid te beschrijven zouden een reden zijn (deelnemer 7, opmerking uit Interview 3: “*dat is ook het moeilijkste met elke keer deze enquête invullen, je heb er de tijd niet voor*”). Met betrekking tot Training 2 laten slechts drie deelnemers een toename van de genoemde aspecten zien, vijf een dalende tendens en twee deelnemer noch een toename noch een daling. Training 2 blijkt dus geen invloed te hebben op de curve. Een verandering van het aantal aspecten is ook bij Training 3 niet te zien.

Mogelijk hebben de trainingen invloed op andere factoren, zoals gevonden bij een studie van Smith (2011), waarin onderzoek naar het effect van een OGW training gedaan werd. Opvallend was dat de deelnemers de technieken niet overnamen, maar ze een betere communicatie met de cliënt en een verhoogd gevoel van controle en zelfwerkzaamheid rapporteerden. Het leerproces van OGW wordt wellicht niet door het aantal benoemde aspecten gevormd maar meer door een verandering van de houding. Omdat de oplossingsgerichte werkwijze gekenmerkt is door een positieve grondhouding, die mensen welwillend tegenmoet, serieus neemt en de cliënten als competent beschouwd, zijn deze kenmerken betere indicatoren voor het leerproces.

Met betrekking tot het theoretische concept van Cauffmann, de Solution Cube, valt op dat alle deelnemers constant de non-specifieke factor ‘cliëntgerichtheid’ beschrijven. Verder wordt geïnterpreteerd dat overwegend aandacht gegeven wordt en respect wordt getoond. Dit is niet opmerkelijk omdat klantgerichtheid, het geven van aandacht en het tonen van respect in de interactie met mensen, en in het bijzonder in het sociale werkveld, van groot belang is. Een persoon die zich in het sociale werkveld bevindt, heeft deze factoren waarschijnlijk al geïnternaliseerd.

Verschillen tussen de deelnemers met verschillende werkervaring, blijken uit het beschrijven van de OGW technieken. Deelnemers met veel en matige werkervaring beschrijven ongeveer dezelfde technieken het meest, namelijk het ‘uitdagen/motiveren/stimuleren’ en het ‘doelen stellen’. Deelnemers met weinig

werkervaring beschrijven vooral oplossingen aandragen, complimenten geven, open vragen stellen en visualisatie. Omdat er geen techniek beter is dan de andere zou het in de praktijk verstandig zijn als de twee groepen elkaar aanvullen en elkaar inspireren met betrekking tot het aanwenden van de technieken.

Het verschil in het aantal jaren werkervaring bleek niet duidelijk in het verloop van het leerproces. Het is wel opvallend, dat in fragmenten van deelnemers met veel werkervaring en matige werkervaring sommige citaten worden gevonden die de probleemgeoriënteerde aanpak weerspiegelen. Dit komt tot uiting in het bespreken van oorzaken. Deelnemers met weinig werkervaring lieten deze uitspraken niet zien. De citaten werden allemaal aan het eind van de onderzoeksperiode beschreven zodat vermoed kan worden dat de internalisatie van OGW een lang proces inhoudt.

4.1 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

De data-verzameling bestond uit de benadering van tien deelnemers met de vragen om regelmatig om de week een werkmoment te beschrijven. Door deze indeling komen 24 fragmenten binnen een jaar tot stand, die een uitgebreide dataverzameling opleveren. Bij het huidige onderzoek was de variatie van het verzamelde aantal fragmenten per deelnemer heel uiteenlopend waardoor zodat deze wisselde tussen 3 en 23 fragmenten. Het verschil in het aantal fragmenten maakt het onderzoek van een verloop van het benoemen van OGW aspecten tussen de deelnemers over een jaar moeilijk, waardoor gekozen wordt om per deelnemer een analyse uit te voeren. Bij een vervolgonderzoek op dit gebied is een herinneringsnotificatie aan te raden. Bijvoorbeeld door twee keer per maand een e-mail te sturen, zodat de deelnemers herinnerd kunnen worden aan het opschrijven van een werkmoment. Het verschil in het aantal fragmenten is echter ook positief te duiden omdat gezien kan worden of deelnemers in verschillende mate op OGW reflecteren.

Verder vormde de manier van het werven van deelnemers een probleem. Door de convenience sampling zijn de resultaten weliswaar niet representatief voor de hele populatie van zorgprofessionals maar qua geslacht, werkervaring en leeftijd wel representatief voor de zorgprofessionals die bij Avelijn werken.

Bovendien verliep de analyse van de fragmenten heel subjectief, waarbij in het bijzonder de non-specifieke factoren een grote interpretatieruimte toelieten. Ondanks een definitie van de dimensies van de Solution Cube, bleef er onduidelijkheid met betrekking tot de inhoud van de fragmenten. Elke beoordelaar heeft zijn eigen kijk op het werkmoment,

zodat er verschillende labels voor de dimensies ontstaan. De uitgevoerde pilootstudie bevestigde dit met een inter-beoordelaar betrouwbaarheid van 40 %. Nadat een discussie over de coderingsprocedure plaats vond, zou de inter-beoordelaar betrouwbaarheid nog een keer gemeten moeten worden om duidelijkheid erover te krijgen of de twee beoordelaars volgens dezelfde coderingscriteria analyseren. Om een goede inter-beoordelaar betrouwbaarheid te bereiken zou in een vervolgonderzoek en specifiekere vraagstelling aan de deelnemers behulpzaam zijn. De dimensies die geanalyseerd worden, zouden al in het logboek aan de orde kunnen komen. De deelnemers zouden de dimensies als aanknooppunt kunnen gebruiken, zodat hun fragment duidelijker wordt voor de beoordelaar. Een nadeel en dus een voordeel van het huidige onderzoek is echter dat door deze manier van data-verzameling een groot deel van de subjectieve ervaringen van de deelnemers verloren gaan.

Bij het huidige onderzoek wordt gekozen om drie interviews tijdens de onderzoeksperiode uit te voeren waarbij alleen Interview 3 betrekking nam op de inhoud van de fragmenten. Dit was aan de ene kant een goede manier om duidelijkheid te scheppen met betrekking tot de inhoud van de fragmenten. Aan de andere kant vond Interview 3 aan het eind van de onderzoeksperiode plaats, zodat de deelnemers moeite hadden om zich aan het beschreven werkmoment te herinneren. Een retrospectieve kijk op een lang geleden situatie kan de uitleg ervan bovendien veranderen zodat de inhoud van de oorspronkelijke situatie verloren gaat. Meerdere interviews met betrekking tot onduidelijkheden in de fragmenten zijn aan te raden.

Het laatste aspect met betrekking tot verbetering van het onderzoek vormen de trainingen. Zoals eerder genoemd is een invloed van de trainingen op grond van de golvende ontwikkelingen moeilijk te constateren. Voor vervolgonderzoek zou een controlegroep aan te raden zijn die geen training krijgt. Op die manier kan gekeken worden of de trainingen een beïnvloedende werking hebben of dat er andere factoren een rol spelen.

Het is vast te stellen dat het huidige onderzoek een inspiratiebron voor vervolgonderzoeken met de aanbevolen verbeteringspunten kan vormen. In het bijzonder het focussen op de zorgprofessional is een interessante invalshoek waarvan de effectiviteit van de oplossingsgerichte werkwijze kan profiteren.

5. Conclusie

Uit het huidige onderzoek komt naar voren dat het leerproces bij de tien deelnemers een golvende structuur laat zien waarbij aan het begin van de onderzoeksperiode meer aspecten beschreven worden dan aan het eind. Er is geen verschil tussen de deelnemers te zien waaruit vermoed kan worden dat het leerproces niet beïnvloed wordt door het aantal jaren werkervaring. Alleen met betrekking tot de beschreven technieken is te constateren dat deelnemers met weinig werkervaring andere technieken beschrijven dan deelnemers met meer werkervaring. Verder is het inzicht verkregen dat bij een groot aantal deelnemers het aantal beschreven OGW aspecten na Training 1 gemiddeld hoger is dan bij Training 2 en 3.

Referenties

- Aveleijn (2012). <http://www.aveleijn.nl>. Bezocht op 22 Februari 2013
- Bannink, F.P. (2007). Solution-focused Brief Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(2), 87-94.
- Bannink, F. P. (2005) De kracht van oplossingsgericht werken: Een vorm van gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 38 (1), 5-16.
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet i*, 307–310.
- Bowles, N., Mackintosh, C. & Torn, A. (2001). Nurses` communication skills: an evaluation of the impact of solution – focused communication training. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (3), 347 – 354.
- Cantwell, P. & Holmes, S. (1994). Social Construction: A paradigm shift for systemic therapy and training. *Australian And New Zealand Journal of Family Therapy*, 15 (1), 17 – 26.
- Cauffman, L. (2012). <Http://www.louiscauffman.com>. Bezocht op 22. Februari 2012
- Cauffman, L (2010). *Simpel*. Boom. Den Haag: Lemma.
- DeJong, P. & Berg, I.K. (2001). *Interviewing for Solutions*. Wadsworth Publishing Company.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: WW Norton and Company.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York: WW Norton and Company.
- De Shazer, S. & Molnar, A. (1984). Changing Teams/Changing Families. *Family Process*. 23 (4), 481-486.
- De Jong, P. & Berg, K. I. (1998). *Lösungen (er)finden: Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie*. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Franklin, C., Corcoran, J., Nowicki, J., & Streeter, C. (1997). Using client self-anchored scales to measure outcomes in solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 16, 246-265.
- Fröhlich, A.; Heinen, N. & Lamers, W. (2001). *Schwere Behinderung in Praxis und Theorie ein Blick zurück nach vorn*. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Lernen.
- Gingerich, W.J., & Eisengart, S. (2000). Solution-Focused Brief Therapy: A Review of the Outcome Research. *Family Process*, 39 (4), 477-498.

- Grant, A., M. & O'Connor, S., A. (2010). The differential effects of solution-focused and problem-focused coaching questions: a pilot study with implications for practice. *Industrial and Commercial Training*, 42 (2), 102 – 111.
- Lambert, J., M., Hansen, B., N. & Finch, A., E. (2001). Patient- Focused Research: Using Patient Outcome Data to Enhance Treatment Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (2), 159 – 172.
- Macdonald, A. (2007). *Solution-focused Therapy, Theory, Research & Practice*. London: Sage.
- Macdonald, A (1994). Brief Therapy in Adult Psychiatry'. *Journal of Family Therapy*, 16, 415-426.
- O'Connell, B. (2005). *Solution-focused therapy*. California: Sage.
- Roeden, J. (2012). *De oplossingsgerichte begeleider*. Schoorl: Pirola.
- Roeden J.M., Maaskant M.A., Bannink F.P. & Curfs L.M.G. (2011). Solution-focused brief therapy with people with mild intellectual disabilities: a case series. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 8(4), 247-255.
- Ronnestadt, H., M. & Skovholt, M., T., (2003). The Journey of the Counselor and Therapist: Research Findings and Perspectives on Professional Development. *Journal of Career Development*, 30 (1), 5-44.
- Skidmore, J.E. (1993). A follow-up of therapists trained in the use of solution-focused brief therapy. Doctoral dissertation, University of South Dakota.
- Smith, I. C. (2011). A qualitative investigation into the effects of brief training in solution-focused therapy in a social work team. *The British Psychological Society*, 84(3), 335-48.
- Teggelaar, J., Bosch, J. & Monster, T (2008). *Oplossingsgericht werken met mensen met een verstandelijke handicap*. Barneveld: Nellisen.
- Weiner-Davis, M., de Shazer, S., & Gingerich, W. (1987). Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: An exploratory study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 359-363.

Bijlagen

Bijlage A: Dagboek-Template

Dagboek-Template

Vraag 1:

Bent u de afgelopen 2 weken bewust bezig geweest met het toepassen van Oplossingsgericht Werken?

JA / NEE (doorhalen wat niet van toepassing is)

Vraag 2:

Kies 1 van de hieronder beschreven 4 momenten.

- a) Kun je dit moment beschrijven; wat gebeurde er precies, wat waren de omstandigheden?
- b) Kun je beschrijven wat je op dat moment gedaan hebt.

4 Momenten	<i>Op dit specifieke moment had ik het gevoel dat ik Oplossingsgericht Werken effectief kon toepassen</i>	<i>Op dit specifieke moment had ik het gevoel dat ik Oplossingsgericht Werken <u>niet</u> effectief kon toepassen</i>
<i>Op dat moment heb ik OGW toegepast</i>	1	2
<i>Op dat moment heb ik OGW <u>niet</u> toegepast</i>	3	4

Moment dat ik kies → nr:

Omschrijving van het moment en wat ik heb gedaan:

.....

.....

.....

.....

Vraag 3:

Onderstaande uitspraken hebben betrekking op hoe u uw werk beleeft en hoe u zich daarbij voelt. Wilt bij iedere uitspraak aangeven hoe vaak deze van toepassing is geweest op u in de afgelopen 2 weken?

Dit kan door steeds het **best passende** cijfer (van 0 tot 6) in te vullen.

0 = nooit

1 = sporadisch

2 = af en toe

3 = regelmatig

4 = dikwijls

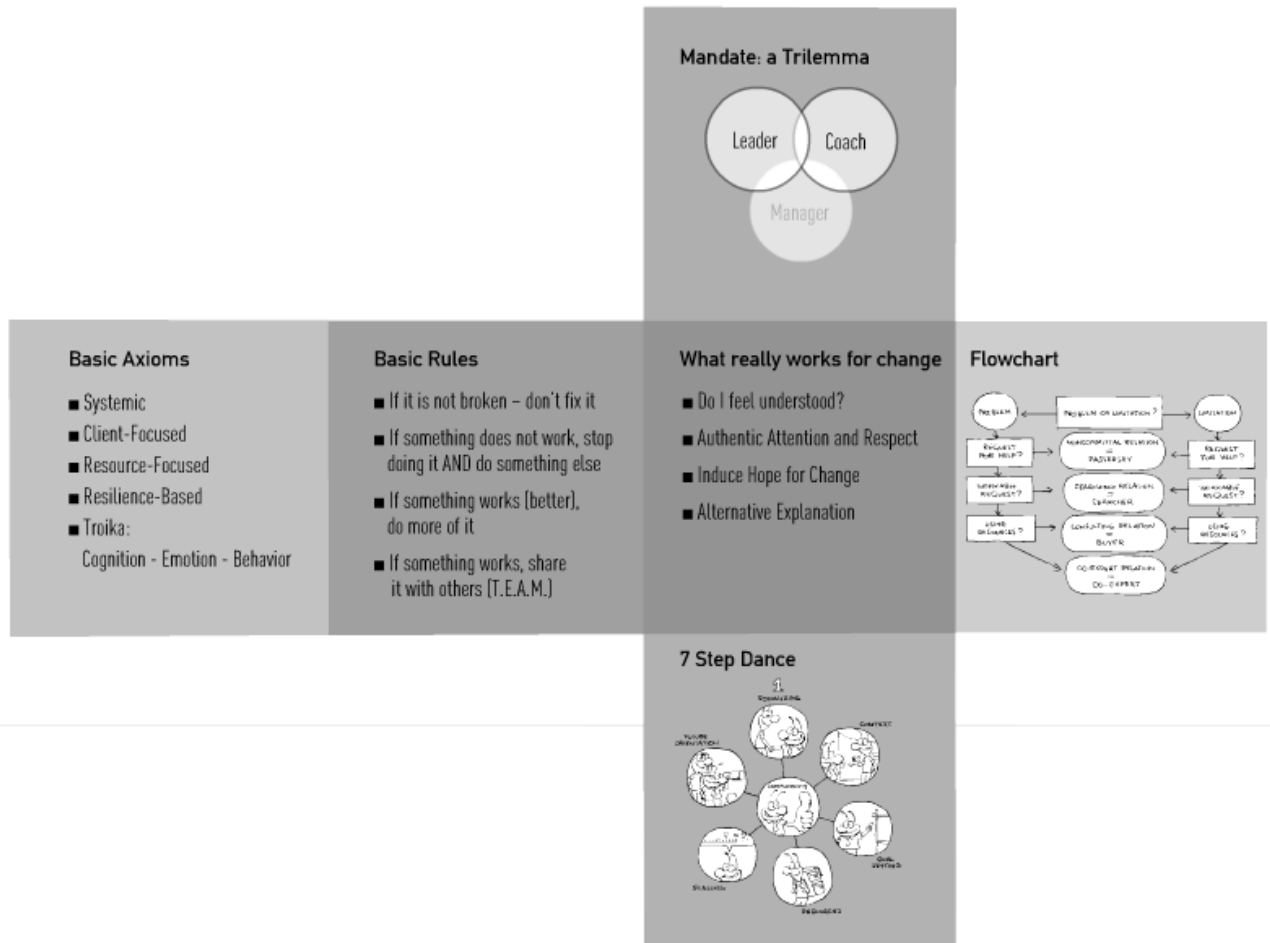
5 = zeer dikwijls

6 = altijd

1. _____ Op mijn werk bruis ik van energie.
2. _____ Ik vind het werk dat ik doe nuttig en zinvol.
3. _____ Als ik aan het werk ben, dan vliegt de tijd voorbij.
4. _____ Als ik werk voel ik me fit en sterk.
5. _____ Ik ben enthousiast over mijn baan.
6. _____ Als ik werk vergeet ik alle andere dingen om me heen.
7. _____ Mijn werk inspireert mij.
8. _____ Als ik 's morgens opsta heb ik zin om aan het werk te gaan.
9. _____ Wanneer ik heel intensief aan het werk ben, voel ik mij gelukkig.
10. _____ Ik ben trots op het werk dat ik doe.
11. _____ Ik ga helemaal op in mijn werk.
12. _____ Als ik aan het werk ben, dan kan ik heel lang doorgaan.
13. _____ Mijn werk is voor mij een uitdaging.
14. _____ Mijn werk brengt mij in vervoering.
15. _____ Op mijn werk beschik ik over een grote mentale (geestelijke) veerkracht.
16. _____ Ik kan me moeilijk van mijn werk losmaken.
17. _____ Op mijn werk zet ik altijd door, ook als het tegenzit.

Hartelijk dank voor uw inzet!

Bijlage B: Solution Cube van Louis Cauffman



Bijlage C: SPSS Output van de veel beschreven aspecten

Tabel 9: *Veel beschreven aspecten van de Basisaxioma's*

Deelnemer	Resourcegericht	Resilience	Klantgericht	Systemisch denken	Cognitie- emotie- gedrag
1	8	-	14	1	-
2	6	-	16	10	1
3	7	-	21	4	9
4	8	-	15	1	2
5	5	-	21	4	3
6	3	1	7	3	1
7	4	-	10	3	2
8	6	-	13	1	11
9	1	-	7	-	1
10	1	-	3	-	-

Tabel 10: *Veel beschreven aspecten van de Basisregels*

Deelnemer	Als het niet kapot is, repareer het dan niet.	Als het niet werkt, stop ermee en doe iets anders.	Als iets wel werkt, doe er méér van.	Als iets werkt, leer het (van) een ander.
1	1	8	8	2
2	3	13	5	2
3	1	13	12	8
4	1	5	4	-
5	-	18	13	2
6	2	5	7	2
7	2	6	7	1
8	1	12	12	4
9	1	6	7	1
10	-	3	3	-

Tabel 11: *Veel beschreven aspecten van de Non-specifieke factoren*

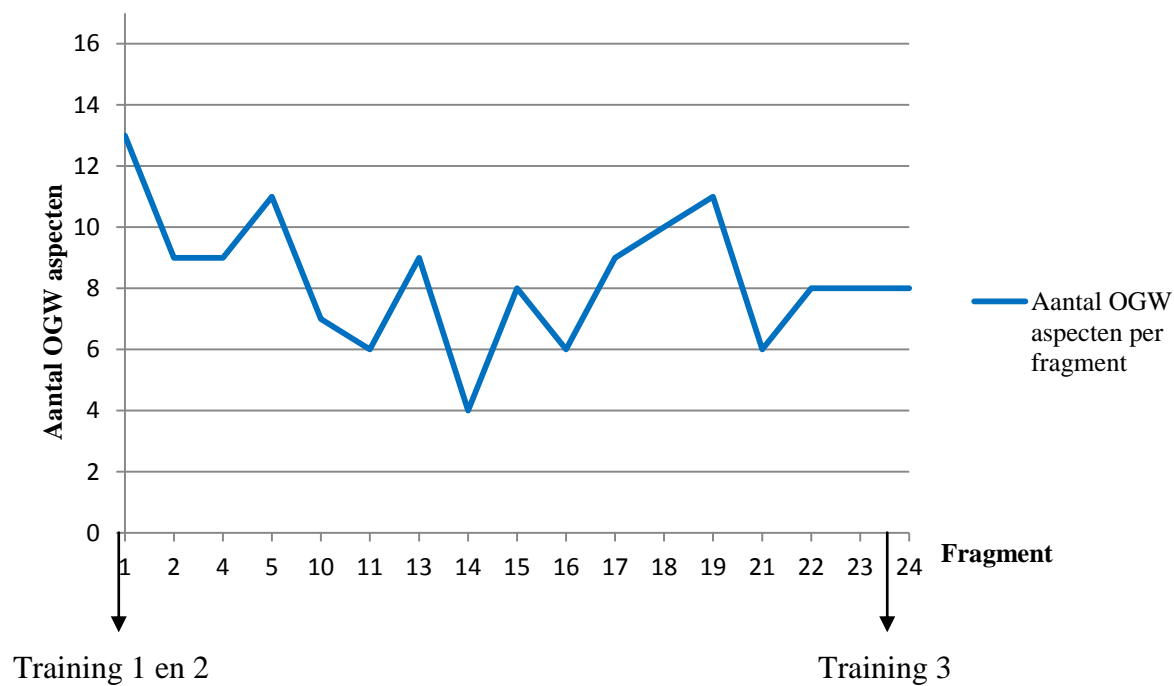
Deelnemer	Voel ik me begrepen?	Authentieke aandacht en respect	Inductie van hoop op verandering
1	4	9	7
2	7	10	7
3	14	13	16
4	10	13	5
5	14	13	12
6	3	5	3
7	8	11	4
8	10	12	14
9	5	5	6
10	-	2	1

Bijlage D: Diagrammen per deelnemer

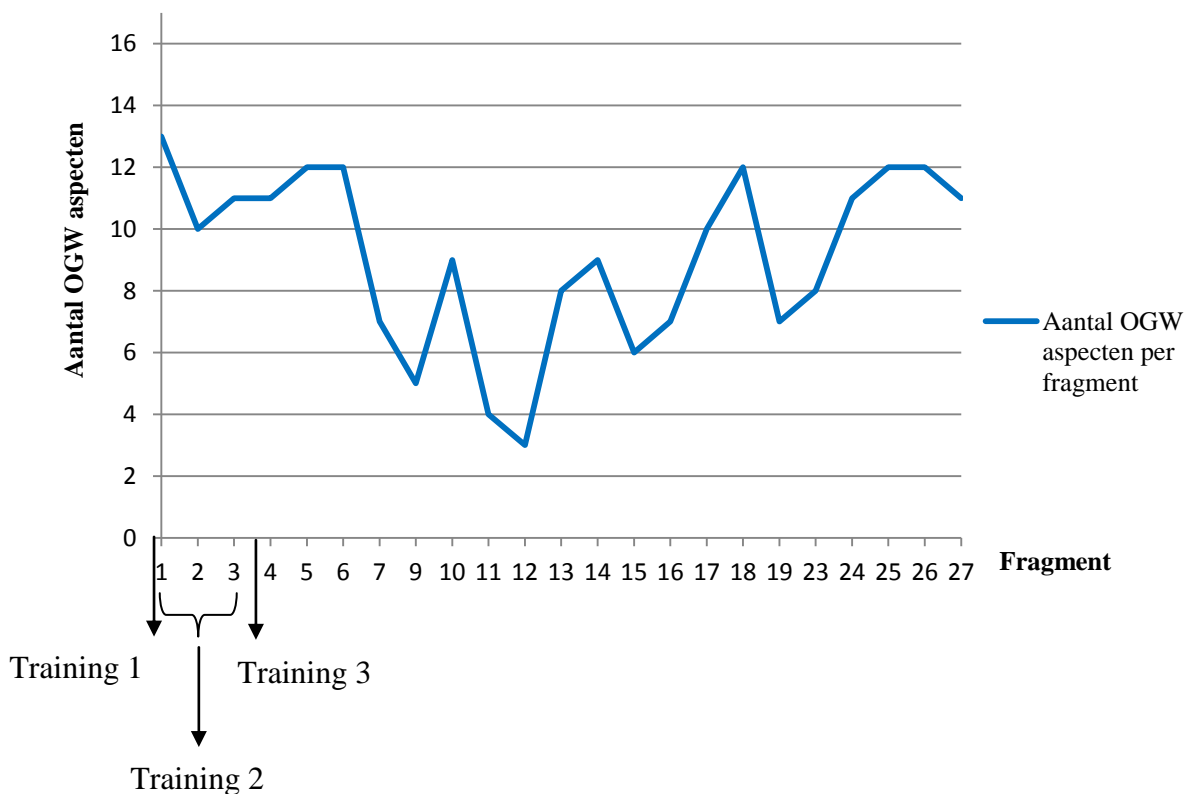
Figuur 1: Aantal OGW aspecten per fragment van deelnemer 1



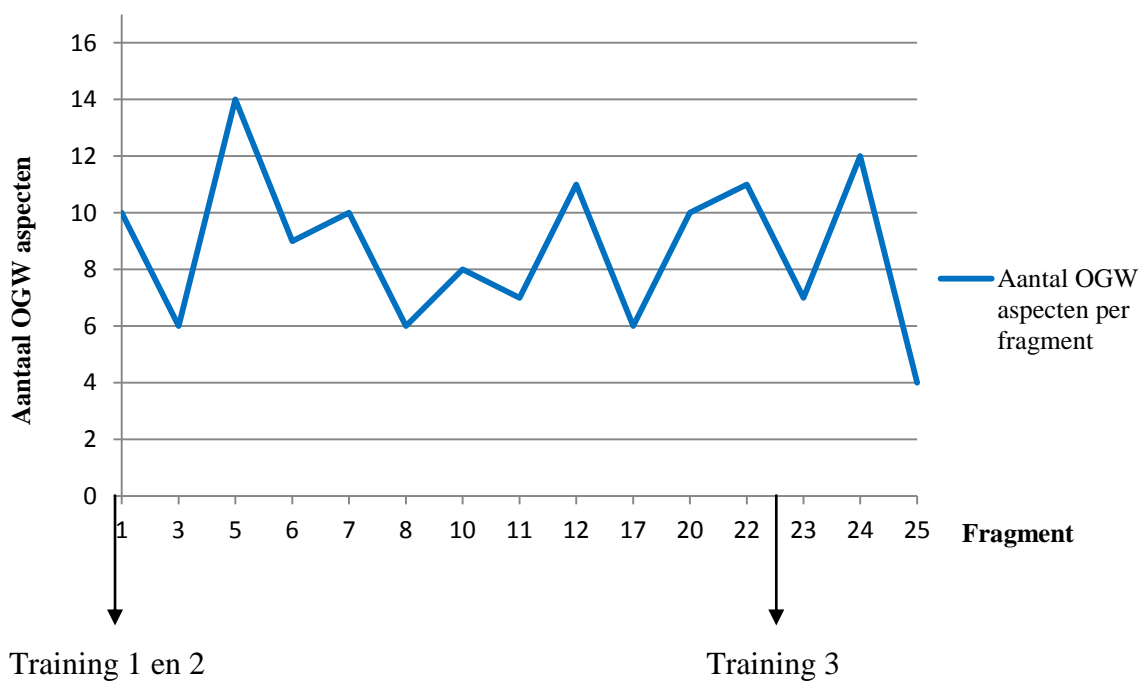
Figuur 2: Aantal OGW aspecten per fragment van deelnemer 2



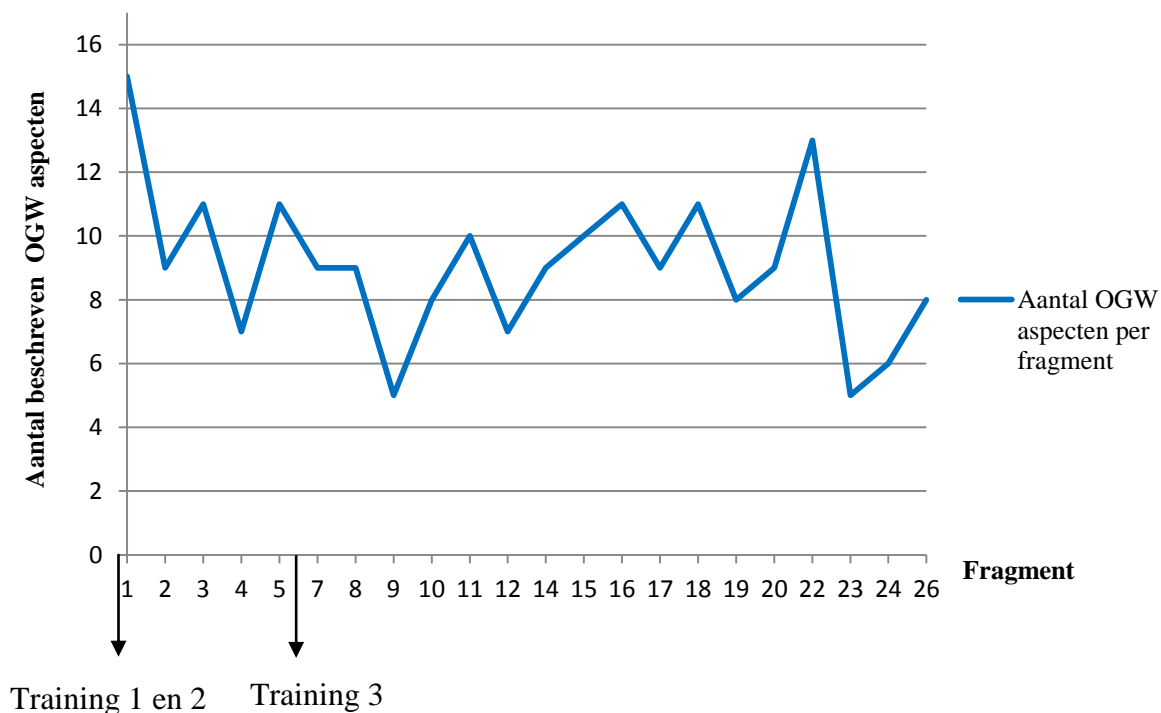
Figuur 3: Aantal OGW aspecten per fragment van deelnemer 3



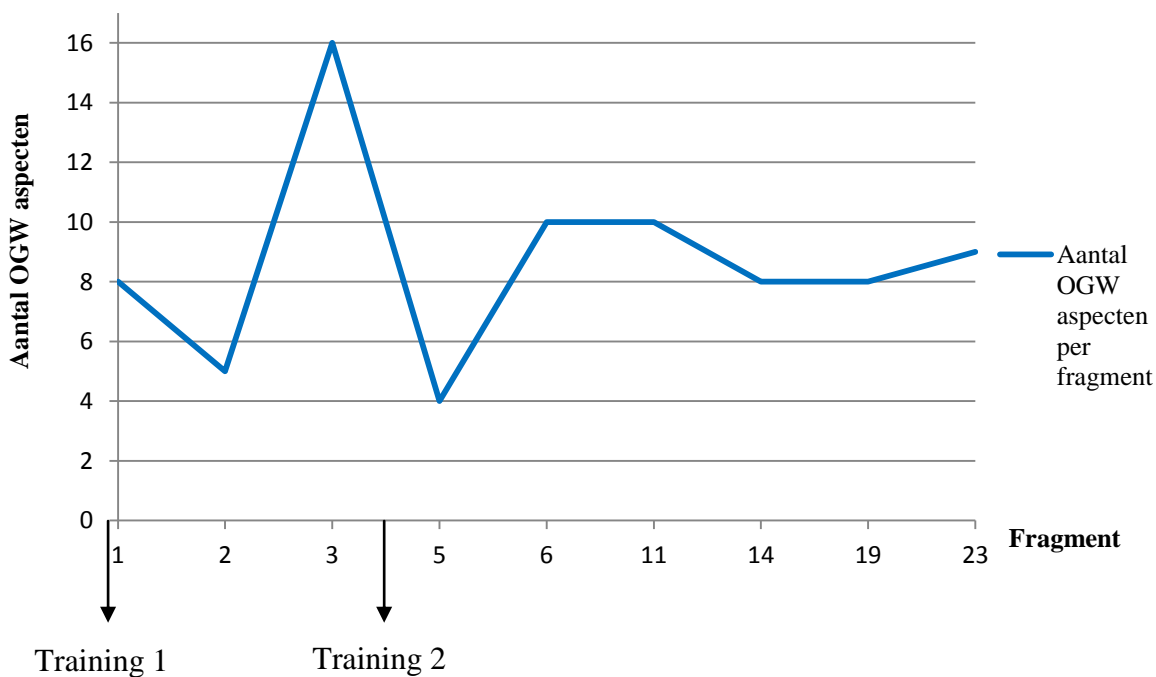
Figuur 4: Aantal OGW aspecten per fragment van deelnemer 4



Figuur 5: Aantal OGW aspecten per fragment van deelnemer 5



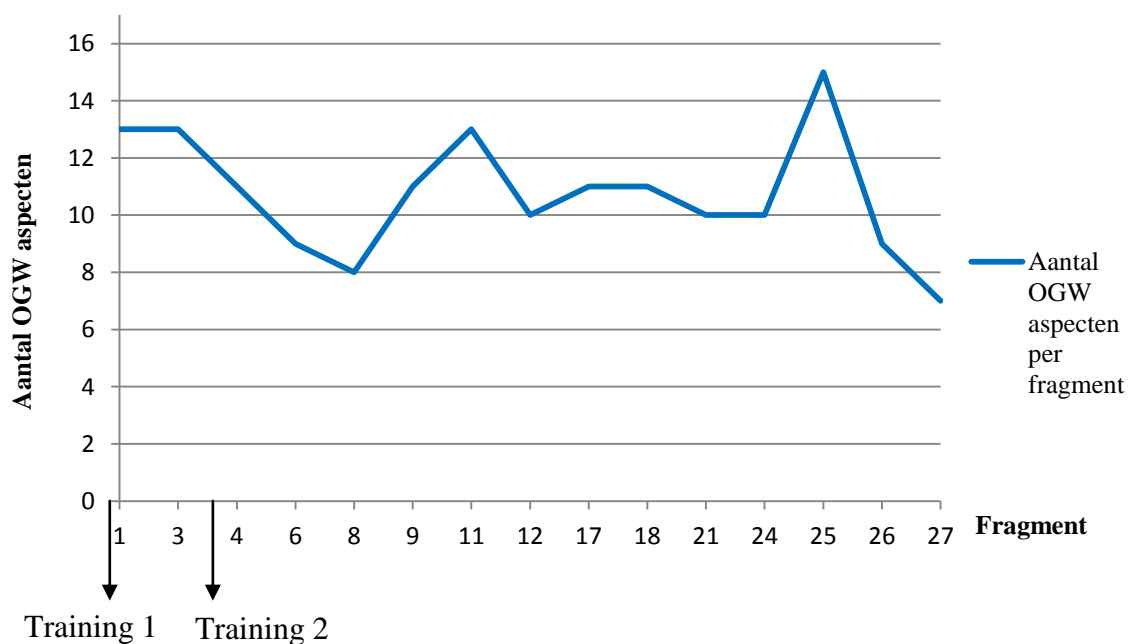
Figuur 6: Aantal OGW aspecten per fragment van deelnemer 6



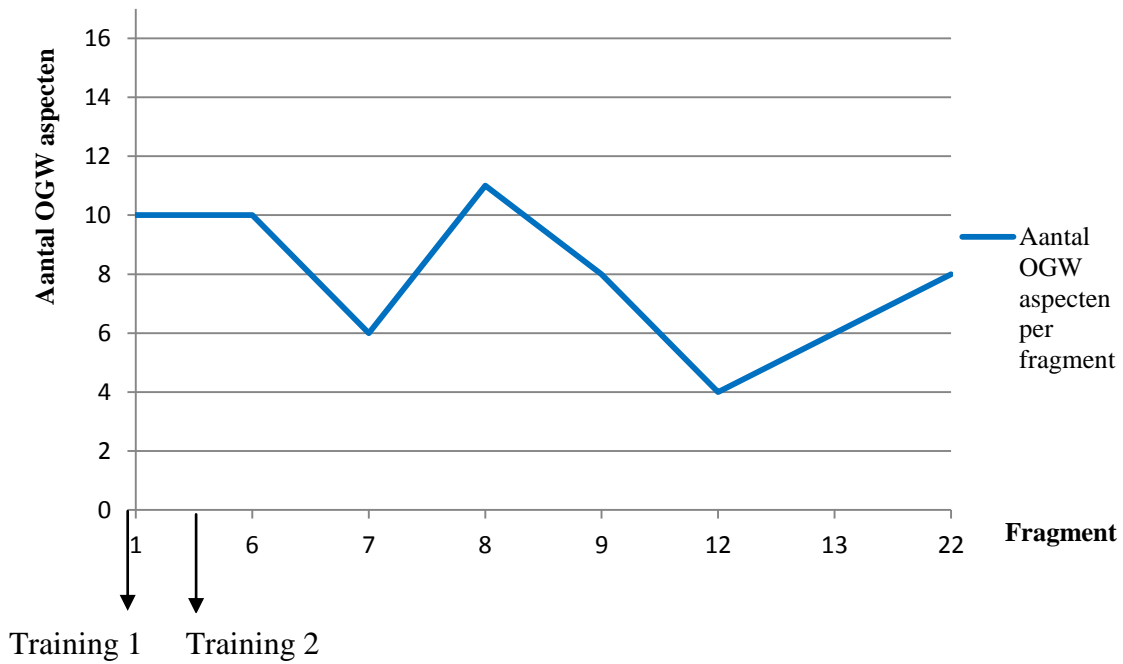
Figuur 7: Aantal OGW aspecten per fragment van deelnemer 7



Figuur 8: Aantal OGW aspecten per fragment van deelnemer 8



Figuur 9: Aantal OGW aspecten per fragment van deelnemer 9



Figuur 10: Aantal OGW aspecten per fragment van deelnemer 10

