



Scriptie GGz agoog
SOCIALE STUDIES, EINDHOVEN

Afstudeer scriptie

Hoe kan de sociaal agoog bij SOLK cliënten, waarbij sprake is van verminderd/beschadigd vertrouwen in de hulpverlening, een behandelrelatie op basis van vertrouwen ontwikkelen?

Progresscode: 89V4G-AFOZ

Scriptie begeleidster:

H. Claassens (Promovenda)

Studentinformatie:

Naam: Laura van der Leest - Brugel

Studentnr.: 2234092

PCN: 296881

Afstudeerprofiel: GGz-Agoog

Opleiding: Social Work

21 juni 2019

Voorwoord

Voor u ligt het afstudeer onderzoek van Laura van der Leest-Brugel, met als onderzoeksvraag: Hoe kan de sociaal agoog bij SOLK cliënten, waarbij sprake is van verminderd/beschadigd vertrouwen in de hulpverlening, een behandelrelatie op basis van vertrouwen ontwikkelen? Het betreft een nationaal onderzoek, waaraan 41 respondenten deel hebben genomen aan het kwantitatieve onderzoek en 5 respondenten aan het kwalitatieve onderzoek. Dit onderzoek is geschreven in opdracht van Fontys Hogescholen Sociale Studies. Dit onderzoek is gestart op 2 februari 2019 en afgesloten op 20 juni 2019.

Als allereerst dank ik mijn begeleidster, Hanneke Claassens, voor haar excellente en actieve ondersteuning bij mijn scriptie. Zij heeft mij ondersteund in mijn wens om het onderzoek te verbreden en mij begeleidt in het schrijven van dit onderzoek. Dankzij haar kritische en professionele blik is dit onderzoek aangescherpt en zo betrouwbaar mogelijk gemaakt. Tevens heeft zij ervoor gezorgd dat ik de kennis, die in mijn hoofd zat, kon verwoorden op papier. Hanneke Claassens heeft gedurende mijn afstudeerscriptie voor mij klaar gestaan en in mijn kwaliteiten als onderzoeker geloofd. Mede dankzij haar sta ik vol trots achter dit eindproduct.

Daarnaast wil ik mijn man, Douwe van der Leest, bedanken. Voor zijn wijze raad, ondersteuning en tijd die ik gekregen heb. Tijdens deze periode was hij mijn sparring-partner en gaf hij mij kritische vragen waarop ik dit onderzoek voort kon bouwen. Ethische vragen waren hierbij geen uitzondering. Zonder zijn ondersteuning, kennis, geloof en liefde had ik dit nooit kunnen bereiken. Ook mijn ouders wil ik danken middels dit voorwoord. Zij hebben de afgelopen jaren achter mijn keuzes en ontwikkelingen gestaan, zonder daarover te oordelen. Hun wijsheid en motiverende uitspraken hebben mij geholpen om mij te ontwikkelen tot de onderzoeker die ik nu ben. Tevens hebben zij het voor mij financieel mogelijk gemaakt om te studeren.

Ook mijn specialisten en werk verdienen een plek binnen mijn dankwoord. Ik ben dankbaar dat mijn specialisten de keuze voor mijn scriptie hebben gerespecteerd en het mogelijk hebben gemaakt om desondanks 'hoogst' noodzakelijk behandelingen mij de ruimte en tijd te bieden. Mijn werkgever bij GGz Oost Brabant dank ik tevens zeer, ook zij hebben mij de tijd en ruimte gegeven om zowel te werken als mijn scriptie te schrijven.

Ik ben dankbaar voor de respons van alle respondenten en de wijze waarop iedereen tijd heeft gemaakt om deel te nemen aan dit onderzoek.

Vol trots wens ik u veel leesplezier toe,

Laura van der Leest – Brugel

Venray, 20 juni 2019

Samenvatting

Somatisch Onverklaarbare Lichamelijke Klachten, ook wel afgekort tot SOLK, vormen een reële dreiging voor de hedendaagse participatiemaatschappij. Er wordt over SOLK problematiek gesproken wanneer er sprake is van lichamelijke klachten die langer dan vier weken aanhouden en waarbij er bij adequaat medisch onderzoek geen aanleiding is gevonden die de klachten kan verklaren. Naast dat SOLK cliënten niet deel kunnen nemen aan de participatie maatschappij, krijgen zij tevens te maken met een versnipperd zorg aanbod in combinatie met een versnipperd financieringsmodel voor de behandeling. Hierdoor ontstaat een uitgebreide zoektocht, die vaak niet doelmatig is, met hogere zorgkosten als direct gevolg.

Het versnipperde zorgaanbod verhoogd het risico op onduidelijkheid en wederzijdse miscommunicatie tussen cliënten met SOLK en hun behandelaren. Dit komt doordat het lastig is om de SOLK doelgroep van eenduidige informatie te voorzien. Maar ook doordat op het moment dat de behandeling als moeilijk ervaren wordt door de behandelaren én deze daardoor geen verklarende uitleg kunnen geven. Hierdoor ontstaat de kans op miscommunicatie met hun cliënten. Uitleg van behandelaren en artsen sluit dan ook vaak niet aan op de klachtbeleving van de cliënt, hierdoor komen beiden partijen niet tot een eenduidige formulering van het probleem.

Tot slot zoeken de cliënt en diens omgeving vóór aanvang van het behandeltraject veelal naar een oorzaak van de klachten en een manier waarop zij de klachten af/weg kunnen nemen. Deze zoektocht is nodig, voor de cliënt, om te accepteren dat deze onverklaarbare lichamelijke klachten ervaart. Uit de praktijk blijkt dat een groot deel van het niet slagen van SOLK trajecten te maken zou kunnen hebben met een verminderd gevoel van vertrouwen, wat potentieel onder de gehele populatie van SOLK cliënten leeft. Voor zover bekend is er echter nog géén onderzoek gedaan naar het effect van het verminderd vertrouwen op het behandeltraject en de gevolgen hiervan voor het leven van de cliënt.

Om de hoofdvraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van een mixed method, kwalitatief en kwantitatief onderzoek, onder Nederlandse respondenten. Uit de resultaten blijkt dat de onderzoekspopulatie een grote behoefte heeft aan ondersteuning, vanuit iemand met een coördinerende rol, ten tijden van de zoektocht naar de juiste hulp en ondersteuning. De sociaal agoog kan, op aanvraag van de huisarts, inspringen op deze ondersteuningsbehoefte van de onderzoekspopulatie, door laagdrempelige ondersteuning en een luisterend oor te bieden gedurende het verloop van het traject. De sociaal agoog moet naast de cliënt gaan staan en deze ondersteuning bieden op vraag en behoefte, maar tegelijkertijd écht luisteren naar de cliënt en deze serieus nemen, zonder (voor-)oordeel.

Inhoud

Inleiding	1
H1. Context en probleemschets	2
1.1 Probleemanalyse	2
1.2 Probleemstelling	6
1.3 Onderzoeksdoelstelling	6
1.4 Hoofdvraag en deelvragen	7
1.5 Begripsafbakening	7
H2. Theoretisch kader	9
H3. Methodologie	12
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef	12
3.2 Dataverzamelmethode	13
3.3 Meetinstrument	14
3.4 Data-analyse	16
H4. Resultaten	18
H5. Conclusie en aanbevelingen	22
5.1 Conclusie	22
5.2 Aanbevelingen	23
H6. Discussie	25
H7. Appendix	28
7.1 Literatuurlijst	28
7.2 Enquête	32
7.3 Informed consent	43
7.4 Topic List	45
7.5 Datamatrix	46
7.5.1 Numeriek	46
7.5.2 Codeboek	47
7.6 Codeboom	48

Inleiding

Somatisch Onverklaarbare Lichamelijke klachten, ook wel afgekort tot SOLK, vormen een reële dreiging voor de hedendaagse participatiemaatschappij. Er wordt over SOLK problematiek gesproken wanneer er sprake is van lichamelijke klachten die langer dan vier weken aanhouden en waarbij er bij adequaat medisch onderzoek geen aanleiding is gevonden die de klachten kan verklaren (Olde Hartman, et al., 2013). De meest voorkomende klachten zijn pijnklachten (denk aan nek-, rug- en hoofdpijn), vermoeidheidsklachten en cardiorespiratoire problematiek (Kallen & Pennings, 2013). De lichamelijke klachten beïnvloeden ook het denkvermogen en de emotie van de cliënt. Bij SOLK verandert het sociaal-maatschappelijke functioneren in negatieve zin. Er ontstaan relationele problemen en/of werkverzuim of zelfs uitval, doordat zij niet meer deel kunnen nemen aan de maatschappij (Blok & Houtveen, 2011). Momenteel leven we in een participatiemaatschappij, met andere woorden er wordt door de samenleving verlangd dat inwoners een steentje bijdragen aan de maatschappij. Burgerparticipatie is dan ook onderwerp van gesprek bij zowel provinciale als bij gemeentelijke beleidsvorming (Olde Hartman, et al., 2013).

De zoektocht naar de juiste zorg is vaak lang. Voorafgaand aan een behandeltraject zien de cliënten veel behandelaren om een medische oorzaak én een oplossing te vinden. Als een van deze twee uitblijft verliezen zij het vertrouwen in de zorg en hulpverleners (Trimbos instituut, 2011). Uit de praktijk van SOLK behandelingen blijkt dat er in de eerste behandelweken wordt geprobeerd het vertrouwen te winnen in plaats van te behandelen. SOLK cliënten dienen naast vertrouwen in de zorg, weer vertrouwen te krijgen in hun eigen lichaam (Persoonlijke mededeling, 18 augustus 2018). Het is van belang te onderzoeken wat er nodig is, om voorafgaand aan een behandeltraject vertrouwen te kunnen krijgen in de zorg. Vertrouwen is essentieel voor een succesvol behandeltraject.

In dit onderzoeksverslag zult u eerst de context en probleemschets vinden. Gevolgd door het theoretisch kader, waarin theorieën beschreven staan, die relevant zijn om een antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. In het methode hoofdstuk zullen de gebruikte methodes verantwoord worden. Bij het resultaten hoofdstuk zult u de uitgewerkte resultaten vinden die van belang zijn voor het beantwoorden van de deelvragen. Middels deze resultaten is er een eindconclusie geformuleerd worden. Gevolgd door de aanbevelingen en discussie, waarbij de betekenis en bruikbaarheid ter discussie staan. Gedurende het onderzoek zal verwezen worden naar de literatuurlijst en de appendix, deze vindt u aan het einde van dit verslag.

H1. Context en probleemschets

1.1 Probleemanalyse

Momenteel leven we in een participatiemaatschappij, waarbij burgerparticipatie onderwerp van gesprek is bij zowel provinciale als bij gemeentelijke beleidsvorming. Er wordt verwacht dat inwoners mee doen in de maatschappij. SOLK cliënten met ernstige klachten zijn in hoge mate beperkt deel te nemen aan deze participatiemaatschappij (Olde Hartman, et al., 2013). Deze klachten kunnen leiden tot werkverzuim of uitval op de werkplek. Ook kunnen mensen hierdoor in de bijstand terecht komen. Daarnaast wordt ook gezien dat cliënten sociale activiteiten afhouden vanwege de klachten. Hierdoor onttrekt deze groep zich uit de maatschappij en neemt het risico op sociaal isolement toe (Blok & Houtveen, 2011).

De prevalentiecijfers (lees: hoe vaak het voorkomt) van de SOLK groep onder de algemene bevolking worden, volgens de meest recente data, geschat op 20 tot 26% (Spaans & van der Boom, 2018). Bij dit percentage dient men rekening te houden met een grote variëteit in de ernst en uiting van de klachten, onverklaarbare rugpijn of hoofdpijn vallen ook onder de groep SOLK. Doordat deze groep breed genomen wordt is het percentage hoog. Ongeveer de helft tot driekwart van de SOLK cliënten kan mogelijk (tijdelijk) niet voldoen aan de verwachtingen van de participatie maatschappij door somatisch onverklaarbare klachten. Of de cliënt kan deelnemen in de samenleving is afhankelijk van de ernst van de klachten, er zijn namelijk cliënten die alle activiteiten binnen alle levensgebieden laten doorlopen. Uit onderzoek blijkt dat wereldwijd het aantal cliënten met somatische onverklaarbare klachten toeneemt (Lieb, Pfister, Mastaler, & Wittchen, 2000). Janssens (2011) schrijft dat de Nederlandse prevalentie cijfers globaal overeenkomen met de internationale cijfers. Als er gekeken wordt naar de consulten van de huisarts blijkt dat tot 40% gaat over lichamelijke klachten, waarbij er geen somatische verklaring gevonden wordt. Een langdurige en ernstige vorm van SOLK blijkt minder vaak voor te komen, dit wordt zichtbaar uit het prevalentiecijfer van 2,5% van de consulten (Olde Hartman, et al., 2013). Met deze klachten bezoeken SOLK cliënten verschillende artsen, sociaal agogen en andere behandelaren.

Het duurt vaak jaren voordat professionals aanspraak doen op evidence-based (lees: wetenschappelijk bewezen) consult-uitvoeringstechnieken en behandelingen, omdat er aan het begin van, en gedurende, de zoektocht vaak de aanname heerst dat er een fysieke verklaring én dus een behandeling aan het einde van de zoektocht te vinden is (Trimbos instituut, 2011). Deze jarenlange zoektocht, naar een diagnose en/of de juiste zorg, kost de gezondheidszorg en maatschappij erg veel geld, zonder dat er een verbetering optreedt (Trimbos, 2010) Deze hoge zorgkosten van SOLK cliënten zijn tevens onderdeel van het maatschappelijke probleem. Er is naast het werkverzuim en de onttrekking van de participatieactiviteiten ook sprake van hoge gezondheidszorgconsumptie. Volgens een onderzoek in Duitsland zouden de medische kosten 2,2% hoger zijn dan bij een gemiddelde cliënt (Hiller, Fichter, & Rief, 2003). Als vervolg op dit onderzoek heeft Zonneveld de cijfers in Nederland onderzocht. Hieruit kwam naar voren dat meer dan vier procent van de totale zorg kosten naar SOLK cliënten gaat, in getallen gaat het over 3.123 euro extra aan zorgkosten per cliënt (Zonneveld, 2013).

Uitgaande van 17 miljoen inwoners, waarvan 20% onder de SOLK doelgroep valt, komen we uit op 3,4 miljoen SOLK cliënten. Als we dat vermenigvuldigen met 3.123 euro komen we uit op 10,6 miljard euro extra aan zorgkosten.

Tevens is er sprake van een versnipperde financiering bij de SOLK groep. Behandelingen en diagnostiek vinden voornamelijk plaats in de hoofdstromingen van de gezondheidszorg (lees: somatische zorg, ggz en revalidatiezorg). De financiering hiervan verschilt doordat somatische gezondheidszorg en revalidatiezorg hun financiën regelen middels DOT's (NVZ, sd.)¹, specialistische ggz middels DBC's (NVZ, sd.)². Beiden zijn financieringsmethodieken waarbij gebruik wordt gemaakt van codes welke gekoppeld zijn aan een diagnose en de daarbij horende behandeling (NVZ, sd.). Huisartsen en psychologen gebruiken weer een andere financieringsvorm. Het blijkt dat in de praktijk samenwerking tussen ggz- en somatische zorg, vanwege verschillende financieringsvormen, niet bekostigd kan worden door de zorgverzekeraar. Deze scheiding in financiering heeft verkokering en ondoelmatigheid in de zorg tot gevolg (Tak, Spaans, & Rood, 2016). Zorgverzekeraars vinden de term SOLK moeilijk, waardoor cliënten problemen kunnen ervaren als het gaat over het krijgen van vergoedingen. Een knelpunt hierin is het feit dat SOLK geen officiële DSM classificatie heeft, terwijl deze wel nodig is voor het bekostigen (Trimbos instituut, 2011).

Volgens het Trimbos instituut vormt de SOLK-groep een omvangrijk probleem van ernstige mate, voor de cliënt en diens omgeving, de gezondheidszorg en de maatschappij. Somatisch onverklaarde klachten, hieronder verstaan we lichamelijke klachten die langer dan vier weken aanhouden en waarbij na adequaat medisch onderzoek geen oorzaak is gevonden, kunnen het sociaal functioneren belemmeren (Trimbos, 2010). Uit onderzoek blijkt dat artsen slechts 5% van de cliënten met een gediagnosticeerde aandoening, waarbij de klachten wél verklaarbaar zijn, zeer tot extreem moeilijk te behandelen vindt. Wanneer er geen diagnose is en de klachten wél onverklaarbaar zijn loopt dit percentage op tot 50% van de cliënten (Carson, Stone, Warlow, & Sharpe, 2004). Doordat de behandeling als moeilijk ervaren wordt door behandelaren én er geen verklarende uitleg kan worden gegeven ontstaat de kans op miscommunicatie (Trimbos, 2010). Bij de SOLK doelgroep is het lastig om eenduidige informatie te bieden, gezien er een grote variëteit is in de soorten klachten én in de visies van verschillende zorgspecialisten. Deze verschillende meningen en posities geven onduidelijkheid bij de cliënt en het vertrouwen in de hulpverleners loopt risico op beschadiging. Kallen en Pennings (2013) hebben de verschillende visies uitgewerkt, waarbij verschillende meningen en posities, door behandelaren worden beschreven.

Eenzijds is er de traditionele geneeskunde, ook wel mainstreamgeneeskunde genoemd, waarbij het accent ligt op een medisch-biologische benadering versus de bio-psychosociale benadering, welke ondersteund wordt door huidige neurowetenschappelijke inzichten. Kallen en Pennings (2013)

¹ DOT: Sinds 2012 is deze financieringsmethodiek ingevoerd, ter vereenvoudiging van het DBC systeem. Bij DOT is er sprake van een prestatiebekostiging.

² DBC: Afkorting van Diagnose Behandel-Combinatie, welke staat voor een groep aan behandelingen. Voor alle handelingen, ingrepen en dergelijke dient één DBC code gedeclareerd te worden. Deze financieringswijze is functiegerichte.

beschrijven dat er anderzijds ook de professionele believers versus de non-believers zijn. De believers zijn van mening dat er wél een medische biologische verklaring is voor de klachten en de non-believers zeggen dat er géén medisch biologische verklaring is. Als laatst zijn er de behandelaren die voornamelijk werken met cognitieve gedragstherapieën, zij zien deze therapie als de enige bewezen behandeling. Naast bovenstaande verschillen tussen visies kan er ook een onderscheid gemaakt worden als het gaat om de werkwijze van wetenschappers bij onderzoeken. Er wordt een verschil gemaakt tussen wetenschappers die de klachten/het thema gezamenlijk bekijken, deze groep wetenschappers worden lumpers genoemd. En de wetenschappers die van mening zijn dat de klachten/het thema afzonderlijk van elkaar bekeken dienen te worden, deze groep noemen we splitters (Kallen & Pennings, 2013).

In Noorwegen is een kwalitatief onderzoek gedaan waarbij cliënten informatie over rugpijn beoordeelden. Hieruit bleek dat cliënten vaak verminderd vertrouwen (blijkend uit; wantrouwend gedrag zoals vervolgadvisen uitstellen) tonen jegens wetenschappelijk resultaten evenals tegen de hulpverleners en het zorgsysteem, doordat informatie niet duidelijk of zelfs niet eenduidig is (Glenton, Nilsen, & Carlsen, 2006). Dit sluit aan op de verschillende visies beschreven door Kallen en Pennings. Door deze verschillende visies en werkwijzen is er sprake van een versnipperd zorgaanbod, omdat cliënten bij verschillende artsen en zorginstanties aankloppen om een verklaring te krijgen van hun klachten. Bij iedere arts of behandelaar die zij bezoeken heeft de cliënt de hoop dat er een ziekte én/of oplossing gevonden wordt, waarbij zij veelal worden teleurgesteld.

Miscommunicatie komt veel voor bij SOLK en de behandeling hiervan. Uitleg van behandelaren en artsen sluiten vaak niet aan op de klachtbeleving van de cliënt, hierdoor komen beiden partijen niet tot een eenduidige formulering van het probleem (Salmon, Ring, Dowrick, & Humphris, 2005). De miscommunicatie kan daarnaast ook door de cliënt ontstaan, doordat hij/zij enkel de klacht uit en de context achterwege laat. Óf zij kunnen blijven vragen om een eenzijdige somatische aanpak. SOLK cliënten gaan, op termijn, naast reguliere artsen ook op zoek naar antwoorden bij alternatieve hulpverleners, waar zij zich (vaak) meer serieus genomen voelen. Voor de cliënt is het hierin niet belangrijk dat het niet evidence-based is. Het nadeel hiervan is dat alternatieve hulpverleners niet rapporteren richting de huisarts en deze niet weet in welke verschillende circuits de cliënt zich bevindt. De cliënt krijgt veelal tegenstrijdige verklaringen over zijn klachten, waardoor onduidelijkheid toeneemt en het vertrouwen in behandelaren afneemt. Er wordt dan ook gesteld dat (mis)communicatie een van de belangrijkste redenen is voor het voortbestaan van SOLK (Trimbos, 2010). Door de versnippering van het zorg aanbod is er geen grens te trekken tussen het diagnosticeren en het behandelen.

Uit onderzoek blijkt dat onverklaarbare lichamelijke klachten grote invloed hebben op verschillende levensgebieden. Naast de lichamelijke gevolgen, beïnvloeden de klachten ook het denkvermogen, de stemming en het gedrag van de cliënt en diens sociale leven. Doordat de klachten niet te verklaren zijn, is er weinig tot geen begrip voor de klachten van de cliënt (Olde Hartman, et al., 2013). De cliënt vindt geen steun in zijn/haar omgeving terwijl diens sociale netwerk kleiner wordt. De omgeving heeft overigens directe invloed op de beleving van de klachten. Onbegrip uit de omgeving leidt aantoonbaar tot meer klachten en stress. Blok en Houtveen schrijven in hun onderzoek (2011) dat onverklaarbare

lichamelijk klachten de (nabije) omgeving ook beïnvloedt, doordat deze regelmatig uitleg moeten geven over de klachten van hun kind of partner aan vrienden, collega's en andere familieleden. Deze uitleg kost veel energie en men wordt hier moedeloos of geïrriteerd van. Er zijn verschillende misvattingen over onverklaarbare lichamelijke klachten, waar SOLK cliënten mee te maken (kunnen) krijgen (Blok & Houtveen, 2011);

1. Onverklaarde lichamelijke klachten zijn psychisch.
2. Het wordt uiteindelijk toch medisch verklaard.
3. Als je gezond bent heb je geen onverklaarbare klachten.
4. Zolang klachten onverklaard zijn bestaan ze niet.

Voor aanvang van het behandeltraject zoeken de cliënt en diens omgeving veelal naar een oorzaak van de klachten en een manier waarop de klachten afnemen. Een voorbeeld hiervan is de zeventienjarige Willemijn. Na het ontstaan van haar vermoeidheidsklachten ging ze meerdere keren naar de huisarts. Gevolgd door verschillende onderzoeken door artsen en bezoeken bij behandelaren. Willemijn noemde het: 'een zoektocht naar dé manier om weer beter te worden' (Revalidatie Magazine, 2018). Maar ook volwassen SOLK cliënten hebben te maken met deze zoektocht. Zo ook Eveline die haar verhaal heeft verteld in de verhalenbundel 'Het verhaal achter de pijn' van Emovere en ProScoop (Tiggelen & Hop, 2019). Eveline (2019) verteld:

“Mijn zoektocht naar een oplossing duurde vele, vele jaren. Uiteraard kwam ik bij de huisarts, hoewel ik deze bezoeken tot een minimum probeerde te beperken; ik vond namelijk dat ik mijn problemen zelf zou moeten kunnen oplossen. Maar omdat dat helaas niet lukte, bezocht ik in de loop der jaren vele specialisten: een longarts, een internist, een cardioloog, een fysiotherapeut, een haptotherapeut, een psycholoog en ik kwam zelfs bij een psychiater terecht. Verder zocht ik naar een mogelijke oplossing in het alternatieve circuit. Mijn zoektocht voerde langs een homeopaat, een kinesioloog, een inspanningsspecialist, een acupuncturist, een Trägertherapeut, een natuurgeneeskundig therapeut en een avatar therapeut.”

Deze zoektocht is nodig voor de cliënt om te accepteren dat hij onverklaarbare lichamelijke klachten ervaart. Voor de cliënt zijn de klachten somatisch en zij willen dat de huisarts/arts somatiek niet uit het oog verliest. Zonder deze zoektocht blijft de cliënt in de zoekfase, waardoor behandeling in de tweede lijn geen effect heeft (van der Mast, 2006). Uit de literatuur blijkt dat als de cliënt zich gehoord en begrepen voelt tijdens de consulten, diens beperkingen en klachten verminderen (Downes-Grainger, Morriss, Gask, & e.a., 1998). SOLK cliënten zoeken een overtuigende uitleg die de klachten kan verklaren en zoeken emotionele support (Salmon, Ring, Dowrick, & Humphris, 2005).

De kwaliteit van de behandelrelatie in een hulpverleningsproces is van groot belang. Op het moment dat er geen vertrouwensrelatie is, loopt niet alleen het contact tussen beiden partijen stroef, maar bestaat ook het risico dat het gehele proces niet tot stand komt. Bij de SOLK doelgroep remt dit enorm, gezien we hier te maken hebben met een discrepantie (lees: zaken die niet overeenkomen) tussen de verwachtingen en wensen van de cliënt en de mogelijkheden van de arts (Trimbos, 2010). Voor cliënten is het belangrijk om antwoorden en duidelijkheid te krijgen maar in het proces van het

zoeken worden zij keer op keer teleurgesteld in de hulpverleningswereld. In de praktijk heeft dit als gevolg dat de hulpverlener bij de start van een volgend behandeltraject al harder zijn best zal moeten doen om zichzelf te bewijzen. In dit proces raakt tijd verloren, die niet meegenomen is in de financiering van het traject, met tot gevolg wederom een negatieve ervaring voor de cliënt (Persoonlijke mededeling, 18 augustus 2018). Een praktijkvoorbeeld is cliënt X., zij is 14 jaar oud en ervaart ernstige SOLK klachten. De klachten bestaan uit kniepijn en extreme vermoeidheid, waardoor X uitgevallen is op meerdere levensgebieden. Na een speciaal SOLK traject van 14 weken blijkt dat de gestelde doelen niet zijn behaald. Haar behandelaar zei hierover het volgende: *“In de eerste vier weken had X. geen vertrouwen in de behandeling, waardoor er geen sprake kon zijn van een behandeling. Het was voornamelijk opbouwen van een behandelrelatie. Pas in de tiende week durfde X. mij te vertellen wat haar ervaringen waren in haar zoektocht en hoe weinig vertrouwen ze nog heeft in de toekomst”* (persoonlijke mededeling, 18 augustus 2018).

1.2 Probleemstelling

Uit zowel de praktijk als uit de literatuur blijkt dat de vertrouwensband binnen een behandelrelatie tussen de professional en de cliënt essentieel is. Voornamelijk bij de SOLK groep (lees: de probleemeigenaar), waarbij cliënten tegen miscommunicatie en onduidelijkheid aanlopen is deze vertrouwensband van groot belang. De kans dat de gestelde behandeldoelen niet worden behaald is groot op het moment dat deze ontbreekt.

Bekend is dat SOLK cliënten zoeken naar een duidelijke uitleg over de oorzaak van hun klachten met de behoefte aan emotionele support, welke zij verwachten te vinden bij de hulpverlening. Cliënten komen in een zoektocht terecht, waarbij zij verschillende visies en verklaringen te horen krijgen. Dit kan leiden tot onduidelijkheid en verminderd vertrouwen richting de hulpverlening. Verminderd vertrouwen kan leiden tot uitval in de participatiemaatschappij en het niet tot stand komen van een behandeling met als gevolg hogere zorgkosten.

Er is echter, voor zover bekend, geen onderzoek gedaan naar de mate, de oorzaken en de gevolgen van verminderd vertrouwen bij SOLK cliënten en hoe dit vroegtijdig ondervangen kan worden.

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Middels dit onderzoek wordt kennis verzameld over de mate, de oorzaken en de gevolgen van verminderd vertrouwen bij SOLK cliënten. Door zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek uit te voeren, kan worden vastgesteld hoe veel cliënten verminderd vertrouwen richting de hulpverlening ervaren, wat volgens de SOLK cliënten het verminderd vertrouwen heeft veroorzaakt, wat volgens hen de gevolgen hiervan zijn en wat zij denken nodig te hebben om vertrouwen te krijgen in een nieuw behandeltraject. De verzamelde gegevens in dit onderzoek worden gecombineerd met literatuur onderzoek om zo tot concrete aanbevelingen te komen voor de sociaal agoog, ten behoeve van het op bouwen van een vertrouwensrelatie voorafgaand óf tijdens een behandeling. Door tijdig ingrijpen ontstaat de kans dat cliënten sneller tot een goede behandeling komen met een positief effect op de maatschappelijke participatie van deze doelgroep en uiteindelijk lagere zorgkosten.

Door de combinatie van het uitzetten van een enquête en hierbij direct te informeren naar mogelijke interesse in het deelnemen aan de interviews is het mogelijk om beide vormen van onderzoek binnen een tijdspad van enkele weken uit te voeren. In totaliteit zal dit onderzoek vier maanden duren.

1.4 Hoofdvraag en deelvragen

Hoe kan de sociaal agoog bij SOLK cliënten, waarbij sprake is van verminderd/beschadigd vertrouwen in de hulpverlening, een behandelrelatie op basis van vertrouwen ontwikkelen?

- 1) In welke mate is er sprake van verminderd vertrouwen bij de SOLK cliënten?
- 2) Op welke wijze ervaren de SOLK cliënten de behandelrelatie met de hulpverleners tijdens en na de zoektocht naar een de juiste zorg en ondersteuning?
- 3) Hoe scoren SOLK cliënten met verminderd vertrouwen op hun kwaliteit van leven?
- 4) Hoe scoren SOLK cliënten op het gebied van sociaal-emotioneel functioneren?
- 5) Wat zijn de belemmerende factoren binnen het behandeltraject voor SOLK cliënten m.b.t. vertrouwen?
- 6) Wat zijn de bevorderende factoren die, volgens de cliënten, nodig zijn om een behandelrelatie op basis van vertrouwen tot stand te brengen met de hulpverlener?

1.5 Begripsafbakening

SOLK: Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. We spreken over SOLK wanneer er sprake is van lichamelijke klachten die langer dan 4 weken aanhouden en waarbij er bij adequaat medisch onderzoek geen aanleiding is gevonden die de klachten kan verklaren. In de DSM-5 valt deze groep onder ‘Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen’ (American Psychiatric Association, 2013). De SOLK groep kent een groot scala aan klachten, de meest bekende klachten zijn de rug- en hoofdpijn. Echter kan er ook sprake zijn van lichamelijke functiestoornissen, zoals energiegebrek en krachtsverlies. (GGz standaarden, 2018). Onder SOLK valt echter tevens een groep cliënten waarbij er sprake is van een diagnose, terwijl de lichamelijke oorzaak nog niet voldoende verklaard kan worden, óf er geen eenduidige verklaring kan worden gegeven voor de klachten. Voorbeelden hiervan zijn het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), fibromyalgie, hypermobilitéitsyndroom en bepaalde types van het Ehlers Danlos syndroom (EDS) (NHG, 2017) .

SOLK cliënten waarbij sprake is van verminderd vertrouwen: Binnen dit onderzoek wordt deze groep cliënten specifiek beschreven, gezien de inclusie eis (lees: eis om deel te nemen), dat er sprake is van verminderd vertrouwen bij de cliënten. Er kan bij de hoofdvraag, deelvragen, resultaten en conclusie enkel gesproken worden over de groep SOLK cliënten waarbij sprake is van verminderd vertrouwen, gezien er geen groep is bevraagd zonder verminderd vertrouwen.

Verminderd/Beschadigd vertrouwen: Binnen dit onderzoek betreft de term vertrouwen, het vertrouwen van de cliënt (de vertrouwer) waarbij zij met zekerheid hopen op de kennis en kunde van de sociaal agoog/behandelaren (object van vertrouwen). Het vertrouwen wordt gezien als een proces, waarbij psychologische factoren invloed hebben op de hypothese dat de sociaal agoog/behandelaar betrouwbaar is (Nooteboom, 2009). Vertrouwen wordt op twee manieren beschreven. Enerzijds wordt

gesproken over verminderd vertrouwen, hiervoor is gekozen aangezien dit begrip kwantitatief (in cijfers) uit te drukken is. Anderzijds van beschadigd vertrouwen, waaraan geen cijfers te verbinden zijn. Beschadiging van vertrouwen wordt binnen dit onderzoek gezien als een emotionele uitdrukking.

Behandelrelatie: Een behandelrelatie is de verhouding tussen de behandelaar en de cliënt. Deze behandelrelatie wordt vorm gegeven door middel van een behandelingsovereenkomst, welke de cliënten en hun behandelaar (zeker de sociaal agoog maar ook andere behandelaren) zelf invulling geven, maar die ten alle tijden uit gaat van de behoeften van de cliënt als het gaat over diens behandeling (KNMG, sd.).

Behandeltraject: Een behandeltraject is een traject waarbinnen doelen worden gesteld welke gekoppeld zijn aan een vaste tijdsduur. Voor cliënten geeft dit inzicht in het verloop en voor de Nederlandse Zorgautoriteit geeft dit inzicht in de te maken kosten. Op het moment dat cliënten ergens in zorg komen, start er een behandeltraject.

H2. Theoretisch kader

Er kan over SOLK gesproken worden wanneer er na medisch onderzoek geen somatische aandoening of andere oorzaak gevonden wordt die de klachten kan verklaren. De term SOLK wordt tevens toegepast als er een duidelijk lichamelijke aandoening is vastgesteld, waarbij het functioneren sterker beperkt wordt of de klachten ernstiger of langduriger zijn dan in verhouding tot anderen met eenzelfde ziektebeeld verwacht zou mogen worden (GGz standaarden, 2018).

Bij de SOLK groep is bekend dat er een groot scala aan klachten zijn. De meest bekende klachten hiervan zijn de pijnklachten. Echter kunnen er ook lichamelijk functiestoornissen, zoals energiegebrek, krachtsverlies, wazig zien, oorsuizen en andere soorten klachten zijn. Vaak komen er klachten zoals, spanning, slaapproblematiek en depressies bij, wanneer de klachten langere tijd bestaan (GGz standaarden, 2018). Het hebben van SOLK problematiek gaat samen met stress en het brengt verschillende adaptieve taken met zich mee (Lazarus & Folkman, 1984). Hierbij is het van belang te vermelden dat de ziekteperceptie van de cliënt directe invloed heeft op de mate van stress. In de literatuur over het verband tussen gezondheid en zelfregulatie, zijn verschillende theorieën beschreven. Eén van deze theorieën is de theorie van ziekteperceptie, waarbij de ziekteperceptie wordt verklaard vanuit het common sense model of self-regulation (CSM). De cliënt stelt zichzelf volgens dit model de volgende vijf vragen die ieder gekoppeld zijn aan een individueel domein (Leventhal, 2004);

1. Wat heb ik?
2. Hoe lang gaat het duren?
3. Wat zijn de consequenties?
4. Hoe kan ik het onder controle krijgen?
5. Wat is de oorzaak?

Het fysieke gedrag van de SOLK cliënten wordt bepaald aan de hand van de antwoorden op de bovenstaande domeinvragen. Het gedrag van de cliënt kan bevorderend zijn voor het herstel, maar ook belemmerend (Broadbent, Main, Petriel, & Weinman, 2006). Uit onderzoek is gebleken dat emoties, zoals verdriet of boosheid, de pijn en/of lichamelijke klachten negatief kunnen beïnvloeden en dat sommige mensen gevoeliger zijn voor de wisselwerking tussen lichaam en geest. Ter verklaring van deze wisselwerking kan men verschillende verklaringsmodellen gebruiken, namelijk het emotie/stress- en het cognitief-model (Nederlandse vereniging voor Psychiatrie, 2008).

Een ander model, genaamd het emotie-stressmodel, stelt dat lichamelijke uitingen beïnvloedt worden door emoties. Denk hierbij aan het verbleken van de huid als automatisch respons van het lichaam op het schrikken van een spin. De impuls waardoor men schrikt wordt de stressor genoemd. De wijze waarop de stressor wordt geïnterpreteerd, ook wel coping genoemd, heeft te maken met persoonlijke lichamelijke kenmerken, culturele kenmerken en het verleden van de desbetreffende persoon (Nevid, Rathus, & Greene, 2012). De theorie gaat naast het vertoonde gedrag in op de cognitieve benadering, waarbij er meer aandacht wordt gegeven aan de bewuste en actieve manieren van coping (Jaspers, Asma, & Bosch, 1989). Lazarus en Folkman (1984) schrijven over coping het

volgende: “We define coping as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.”

Coping heeft invloed op de manier waarop de SOLK cliënt zijn/haar levenskwaliteit ervaart en beoordeeld. De exacte definitie van levenskwaliteit is dan ook onduidelijk, gezien deze afhankelijk is van verschillende factoren. De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) hanteert de volgende definitie van levenskwaliteit: “de perceptie van personen van hun positie in het leven, gezien tegen de context van culturele en waardesystemen waarin zij leven in relatie tot hun doelen en verwachtingen en standaarden” (Kuyken, et al., 1995). Het Hiërarchisch Kwaliteit van Leven Model (1996) van Revicki en Spiker heeft als doel het begrip ‘kwaliteit van leven’ te omschrijven. Binnen dit model wordt onderscheidt gemaakt tussen drie verschillende niveaus (Lechner, Mensters, & Bolman, 2010):

1. Het eerste niveau, ook het hoogste niveau genoemd, gaat over de algehele evaluatie van de kwaliteit van leven. In andere woorden de algehele tevredenheid over het leven en/of het welbevinden van de cliënt.
2. Het tweede niveau gaat over het psychische, sociale en fysieke welbevinden, waarbij zowel het affect (lees: emotie en gevoel) als het cognitief functioneren op het psychische vlak van belang zijn. Bij de fysieke dimensie wordt uitgegaan van lichamelijke functies en de beschikbare hoeveelheid energie. Het minst duidelijk omschreven is de sociale kant, door de vele verschillende indicatoren.
3. Het laagste niveau betreft de directe gevolgen van de behandeling en/of de ziekte op de kwaliteit van leven. Dit niveau kan invloed hebben op de algemene perceptie van de kwaliteit van leven en het vertrouwen in een eventuele behandeling (Herr & O'Sullivan, 2000).

Al deze niveaus beïnvloeden elkaar, waardoor er sprake kan zijn van een verticale beïnvloeding. Een behandeling kan bijvoorbeeld resulteren in fysieke bijwerkingen, waardoor het lichamenlijk en sociaal functioneren verslechterd. Dit kan als gevolg hebben dat de SOLK cliënt zijn leven als minder goed beoordeeld. Tevens is het mogelijk dat er een horizontale beïnvloeding plaatsvindt. Dit is voornamelijk van toepassing op het tweede niveau, doordat lichamenlijke beperkingen kunnen leiden tot een afname in het sociaal functioneren, met een verminderd welbevinden tot gevolg (Lechner, Mensters, & Bolman, 2010). Uit onderzoek bleek dat het psychische welbevinden van de cliënt, waaronder ook het vertrouwen in de hulpverlening en het gezondheidssysteem, van groot belang is op de perceptie van de kwaliteit van leven (Knirsch, 2013).

Dat het vertrouwen in de hulpverlening van groot belang is bij het psychische welbevinden en de kwaliteit van leven voor de SOLK cliënt wordt ondersteund door het common factors model van Lambert. Lambert stelt dat de werking van de hulpverlening voortkomt uit de werkzame gemeenschappelijke vormen in de hulpverlening. Met deze vormen worden de factoren en condities tijdens en rondom de cliënten en diens behandelaar, gedurende de behandeling, bedoeld. Het model bestaat uit vier delen, namelijk; de co-constructie van 1) de werkrelatie, 2) van hoop, 3) van oplossingen en 4) van de evaluatie. Volgens Lambert is dertig procent toe te wijzen aan, zo genoemde, common factors. Denk hierbij aan de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en hulpverlener en de mate

waarin een hulpverleningsproces gestructureerd verloopt. Volgens Lambert en diens collega's is veertig procent van de behandelrelatie te koppelen aan niet-therapeutische factoren, denk aan cliëntfactoren, zoals diens houding, omgevingsfactoren en intelligentie van de cliënt (de Vries, 2017). In 1936 schreef Rosenzweig dat de behandelaar diverse methodieken dient te beheersen om individuen te kunnen behandelen, waarbij er rekening wordt gehouden met de persoonlijkheid van de cliënt en die van de behandelaar. De persoonlijkheid bepaald of de cliënt een klik heeft met zijn behandelaar of niet. De combinatie van beiden persoonlijkheden is dan ook een belangrijke factor binnen de behandelrelatie (Cameron, 2014). In de behandelrelatie speelt de factor 'hoop en verwachting' daarnaast ook een grote rol. Lambert beschreef dat als cliënten goede hoop hebben op een positieve uitkomst dat zij dan beter deel nemen aan hun behandeling en het beoogde succes (hun behandel doelen) zullen behalen (de Vries, 2017).

H3. Methodologie

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

De onderzoekspopulatie wordt gevormd door Nederlandse SOLK cliënten met verminderd vertrouwen richting hun hulpverleners, waarbij ten tijde van het behandelingstraject sprake is/was van somatisch onverklaarde klachten. Gezien de diversiteit van de onderzoekspopulatie is er gebruik gemaakt van een selecte steekproef (Kalmijn, Baarda, & de Goede, 2015). In het licht van de huidige AVG wetgeving is besloten voorafgaand aan de enquête te vragen of de respondent akkoord gaat met het anoniem gebruiken van de gegevens. Indien hier met 'nee' wordt geantwoord, kon men de enquête niet invullen. Voor het kwantitatieve onderdeel wordt uitgegaan van 41 Nederlandse respondenten. Om te bepalen welke cliënten deel kunnen nemen aan het onderzoek zijn twee harde selectiecriteria voor deelname vastgesteld, namelijk:

- Er dient sprake te zijn van verminderd vertrouwen richting de hulpverlener, gedurende het behandel traject voor somatisch onverklaarde klachten.
- Op het moment van de klachten valt de cliënt onder de SOLK groep.

Door gebruik te maken van een enquête survey met regels, worden respondenten die niet voldoen aan de selectiecriteria automatisch uitgefilterd. Dit is gedaan door de selectiecriteria om te zetten in selectie vragen. Aan geïnteresseerde deelnemers werd de volgende vraag gesteld; "Is er bij u sprake of sprake geweest van verminderd of beschadigd vertrouwen in de hulpverlening?". Als de respondent met "nee" antwoord worden zij direct doorverwezen naar het indienformulier. Respondenten die met "ja" antwoorden kregen de tweede selectievraag, namelijk: "Was er ten tijde van het verminderd of beschadigd vertrouwen al een diagnose gesteld?", met als extra gegeven informatie dat de klachten waarvoor u behandeld werd volledig verklaarbaar waren door de gestelde diagnose. Als respondenten met "ja" antwoorden werden zij direct doorverwezen naar het indienformulier. Op het moment dat respondenten met "nee" antwoorden werden zij doorgezet naar de vragenlijst gekoppeld aan het onderzoek.

Er is gekozen gebruik te maken van enkele indiening, waardoor de respondent na het invullen van de selectievragen niet meer kan deelnemen aan het onderzoek. De surveylink voor de respondenten werd ná eenmalig gebruik non actief. Hiermee wordt voorkomen dat dezelfde respondenten vaker dan eenmaal de enquête invullen waardoor de betrouwbaarheid van de uiteindelijk opgeleverde resultaten beter is. Met betrekking tot het vragen naar demografische gegevens is gekozen voor de volgende gegevens:

- Leeftijd
 - o Hierbij is de keuze gemaakt om een minimale leeftijd van 18 jaar te hanteren.
 - Indien de respondent jonger is dan 18 jaar, werden zijn/haar antwoorden zwart weergegeven in de uiteindelijke dataset. De respondent is verplicht om toestemming van zijn/haar ouders aan te leveren om deel te mogen nemen. Bij toestemming worden de desbetreffende antwoorden meegenomen.

- Geslacht.
- Arbeidsstatus.

Zoals eerder genoemd omvat de SOLK groep een grote variëteit aan klachten, problematieken en soms hebben zij zelfs te maken met een diagnose die hun klachten nog niet voldoende verklaard. Vrijwel iedere subgroep binnen de doelgroep heeft zijn eigen manier van lotgenotencontact opgezet. Daarom is de onderzoekspopulatie middels verschillende media uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. De uitnodiging is verstuurd via ziekenhuizen, revalidatiecentra en facebook lotgenoot groepen (zoals; de Elhers danlos-groep, vermoeidheidssyndroom en fibromyalgie-groep; omdat deze ziekten voorsnog als *“niet voldoende verklaard”* worden beoordeeld binnen de Nederlandse gezondheidszorg (NHG, 2017).

Deelname aan de enquête is volledig anoniem, echter kregen respondenten de mogelijkheid zich aan te melden voor de kwalitatieve interviews. Alle respondenten is gevraagd of hij/zij openstaat voor een interview ten behoeve van het kwalitatieve onderzoek. Indien zij antwoordden met “ja”, werd hen gevraagd contactgegevens achter te laten. Respondenten werden direct op de hoogte gebracht dat met “ja” antwoorden niet direct betekende dat zij uitgenodigd zouden worden voor een interview.

3.2 Dataverzamelmethode

Gezien het hier een explorerend onderzoek betreft is besloten om gebruik te maken van een mixed method middels een kwantitatieve én een kwalitatieve onderzoeksmethode. Door enkel gebruik te maken van een kwalitatieve onderzoeksmethode kon de onderzoeksvraag niet voldoende beantwoord worden, met een negatief effect op de betrouwbaarheid van dit onderzoek. Hetzelfde geldt als er enkel een kwantitatieve onderzoeksmethode gebruikt was. Door het gebruik van de mixed method is meer data gegenereerd en is de validiteit van dit onderzoek verhoogd. De kwantitatieve methode is ingezet om de deelvragen 1,3 en 4 te beantwoorden. Deelvragen 2, 5 en 6 werden voornamelijk middels de kwalitatieve methode beantwoord. Dit sluit niet uit dat de methodes elkaar kunnen bekrachtigen en ontkrachten in het beantwoorden van de deelvragen.

Bij het kwantitatief onderzoek ligt de focus op het meten van, in getallen uit te drukken, verschillen en overeenkomsten (Kalmijn, Baarda, & de Goede, 2015). Gezien de complexiteit en kwetsbaarheid van het thema en de respondenten, waarbij respondenten zéér persoonlijke en gevoelige informatie deelt met de onderzoeker, wordt gebruik gemaakt van een online enquête. Het online aanbieden van een enquête geeft de respondent anonimiteit, hiermee neemt de kans op sociaal wenselijke antwoorden af (de Leeuw, 2009). Hierdoor mag verwacht worden dat de respondent openheid zal geven en er een meer waarheidsgetrouwe weergave van de werkelijkheid ontstaat. Tevens biedt een online enquête de respondent de mogelijkheid om de enquête op zijn of haar eigen tijd in te vullen, waardoor de respondent in zijn/haar potentieel zwakke gezondheid tegemoet wordt gekomen. Alle respondenten zijn middels een introductiebrief geïnformeerd over het doel van het onderzoek, de anonimiteit én de tijd die de enquête in beslag neemt, zie 7.2 Enquête.

In de inleiding van de enquête werd benoemd dat als men aangeeft open te staan voor een interview de gegevens niet volledig anoniem worden behandeld. Zijn/haar antwoorden in de enquête konden

dan als basis van het interview gebruikt worden. De selectie van respondenten is gemaakt op basis van een aselechte steekproef (lees: onafhankelijk trekking) (Boeije, 2014) binnen de groep respondenten die aangaf open te staan voor een interview, middels de tool; Random Number Generator. Geïnteresseerde respondenten worden gekoppeld aan een cijfer, waarna de generator een random cijfer selecteert. De respondent gekoppeld aan dit cijfer zal worden uitgenodigd voor het onderzoek. Nadat de interviews hebben plaatsgevonden, zal de data met persoonsgegevens verwijderd worden. Deelnemende respondenten hebben een informed consent (lees: toestemmingsformulier) ondertekend vóórafgaand aan het interview, zie appendix 7.3 Informed consent.

De kwalitatieve onderzoeksmethode werd gebruikt om antwoord te geven op een gedeelte van deelvragen 2,5 en 6. Volgens Boeije (2014) ligt bij kwalitatief onderzoek de focus op de ervaringen van de respondent en de betekenis daarvan voor de onderzoekspopulatie. Dit wordt gedaan door de antwoorden van de respondenten bij het resultatenhoofdstuk te extrapoleren naar de onderzoekspopulatie. Tijdens de interviews lag de focus op het inwinnen van met name de persoonlijke ervaringen van de cliënten. Om deze reden is gekozen voor een ongestructureerd interview (Boeije, 2014). Door gebruik te maken van een ongestructureerd interview ontstaat een diepte structuur, welke de validiteit verhoogt. Er is een informele wijze van interviewen gebruikt, met weinig tot geen sturing. Ten behoeve van de validiteit van het onderzoek is besloten een minimale topiclist op te stellen zodat de onderzoeker zich bewust blijft van de deelvragen, zie appendix 7.4 Topic List. Gezien het een nationaal onderzoek betreft, met respondenten van Groningen tot Limburg, is na overleg met én toestemming van H. Claassens besloten dat enkele interviews middels Skype werden afgenomen. Als leidend uitgangspunt geldt gezondheid van respondenten. Door Skype als middel aan te bieden werd de structuur de interviews afgestemd op de deelnemende respondenten en werden respondenten met een lagere gezondheid niet uitgesloten van deelname.

Er zijn gedurende dit onderzoek verschillende ethische overwegingen gemaakt, gezien de kwetsbaarheid van de respondent en gevoeligheid van de thematiek. Kort samenvattend, dit is gedaan door respondenten de mogelijkheid te bieden om in eigen tijd en omgeving de enquête in te laten vullen. Door te anonimiseren is de data niet herleidbaar én kan de respondent antwoorden naar eigen waarheid. Om de herhaalbaarheid te verhogen is respondenten de mogelijkheid geboden om de transcripties feitelijk te controleren. Wegens ethische overwegingen en verantwoording, namelijk het niet kunnen leveren van nazorg, is besloten om respondenten voor te bereiden op het ontvangen van deze transcripties. Bij uitnodiging van het interview is hen uitgelegd dat de transcriptie ruwe data en spreektaal bevat. Dat het gaat om letterlijke uitspraken en dat deze confronterend kunnen zijn. Bij het toesturen van de transcriptie is dit opnieuw beschreven met het advies het op een rustig moment te lezen. Door bovenstaande stappen is gepoogd ondanks het niet kunnen leveren van nazorg, enige zorg te realiseren.

3.3 Meetinstrument

Als basis van het kwantitatieve meetinstrument wordt gebruikt gemaakt van een online enquête, met verschillende typen vragen. Een van deze typen vragen is de schaalvorm, een voorbeeld hiervan is

vragen naar het percentage van vertrouwen in de hulpverlening, bij de eerste en tweede afspraak en op het laagste punt van vertrouwen. Hierdoor kan, in cijfers uitgedrukt, antwoord gegeven worden op deelvraag 1. Om deelvraag 3 en 4 te kunnen beantwoorden is gebruikt gemaakt van de vragen in de Rand-36. Deze vragenlijst kan de gezondheidstoestand van respondenten vaststellen door deze te vragen naar onderdelen zoals de vitaliteit, gezondheidsveranderingen, rolbeperkingen, lichamelijk-, geestelijke- en sociale gezondheid (van der Zee & Sanderman, 2012). In het meetinstrument zijn enkele onderdelen uit de Rand-36 gebruikt, namelijk de algemene gezondheidsbeleving, het fysiek-/sociaal functioneren, rolbeperkingen op fysiek/emotioneel gebied en de geestelijke gezondheid. Daarmee sluit de Rand-36 aan op het common sense model of self-regulation zoals omschreven in het theoretisch kader. Elk antwoord krijgt een vastgestelde score, welke opgeteld worden per onderdeel.

Om de betrouwbaarheid te verhogen maakt deze vragenlijst gebruik van spiegelen om een false negative of positive te voorkomen (van der Zee & Sanderman, 2012). Ten behoeve van de interpretatie van de scores wordt er gebruik gemaakt van een negatieve en positieve scoring. Aan het eind van de enquête is beperkt gevraagd naar demografische gegevens. Hiervoor is gekozen omdat vragen naar privé gegevens, als werkstatus, respondenten kan afschrikken met als gevolg dat zij de enquête niet invullen (Kalmijn, Baarda, & de Goede, 2015). Als aansluiting op het Hiërarchisch Kwaliteit van Leven Model uit het theoretisch kader, werd respondenten tijdens de enquête gevraagd een score van 0 (= heel slecht) tot 10 (= heel goed) te geven aan hun kwaliteit van leven. De kwantitatieve populatie biedt tevens de mogelijkheid tot het werven van extra data, er is besloten om ten behoeven van deelvraag 6 één open vraag te includeren bij de online enquête namelijk, "Wat is er volgens u nodig vanuit de hulpverlening om het vertrouwen positief te beïnvloeden?".

Als meetinstrument voor het kwalitatieve gedeelte is gebruikt gemaakt van ongestructureerde interviews met een minimale topiclist. Om de topiclist samen te stellen is gebruik gemaakt van onderwerpen, gekoppeld aan de deelvragen en het theoretisch kader, welke van belang zijn om tijdens het interview aan bod te laten komen (Boeije, 2014). De topiclijst, zie appendix 7.4 Topic List, is samengesteld op basis van deelvraag 2, 5 en 6 en de common factor theorie uit het theoretisch kader. Deelvraag 2 vraagt naar de ervaring van de cliënten. Gezien dit onderzoek de ervaring en het verhaal achter de cliënt naar boven wil halen is dit topic bovenaan de lijst gezet, met één open vraag. Deze luidde als volgt: "Zou je iets kunnen vertellen over jouw ervaring?". De onderzoeker heeft ieder interview gestart met een korte uitleg van het doel van het interview gevolgd door deze vraag waarna de respondenten de ruimte krijgen om zijn/haar ervaring te delen.

Om te realiseren dat de onderzoekster minimaal tot geen sturing zal geven tijdens de interviews, is besloten deelvraag 5, 6 en het common factor model samen te vatten tot 2 topics, namelijk belemmerende en bevorderende factoren. Deze topics hadden als vraagvoorstel: "Wat waren belemmerende factoren?" en "Welke bevorderende factoren zijn volgens jou nodig?". Om een breder beeld te krijgen over de omvang en de impact van het verminderd vertrouwen wordt de respondenten gevraagd naar de invloed van het verminderd vertrouwen op twee gebieden, namelijk; het huidige vertrouwen in de hulpverleners (topic: behandelrelatie) en de invloed van de huidige kwaliteit van

leven (topic: kwaliteit van leven). Tevens is er de wondervraag toegepast bij de topic “bevorderende factoren” namelijk; Als je zou moeten kijken naar de ideale situatie, hoe zou deze er dan uitzien? Het doel van deze wondervraag is de cliënt te stimuleren om buiten de kaders te denken, zodat deze zelf een oplossing gaat bedenken (Movisie, 2017). Hiermee is voorkomen dat de cliënten gestuurd worden naar een bepaald antwoord.

3.4 Data-analyse

Om de kwantitatieve data te analyseren wordt gebruikt gemaakt van een statistische analyse middels Excel. De data van de survey zijn ge-exporteerd naar Excel, waarna deze werd gecodeerd middels scoring per vraag (Olde Hartman, et al., 2013). Door deze codering ontstaat een numerieke datamatrix, 7.5.1 Numeriek. De Rand-36 behoeft gebruik van omcodering (lees: spiegeling van scores) deze zijn vastgelegd in de handleiding (aangeboden via de silverpoint) en overgenomen in het codeboek, zie 7.5.2 Codeboek. De gegenereerde data is onderverdeeld in verschillende schalen, waardoor in één oogopslag de score op een bepaald onderdeel te interpreteren is. De antwoordscores die omgecodeerd dienen te worden, worden in Excel middels de =als formule berekend.

```
=ALS(Resultaten!H5="Volkomen juist";1;
ALS(Resultaten!H5="Grotendeels juist";2;
ALS(Resultaten!H5="Weet ik niet";3;
ALS(Resultaten!H5="Grotendeels onjuist";4;
ALS(Resultaten!H5="Volkomen onjuist";5;"error"))))
```

Vergelijking 1; Voorbeeld =ALS formule Excel

Door gebruik te maken van een spiegeling kan er per schaal gesproken worden over een positieve en negatieve score. Tevens is middels Excel de frequentie van een aantal antwoorden berekend, hiervoor is gebruik gemaakt van frequentietabellen en draaigrafieken (de Olde, 2012). Om de betrouwbaarheid van de gemiddelden inzichtelijk te maken is, middels Excel, de standaarddeviatie van de steekproef berekend, zie Figuur 1: Berekening Steekproef standaarddeviatie., op verschillende waardes, zoals de gemiddelde kwaliteit van leven en de Rand 36. Er wordt gestreefd naar een zo laag mogelijke standaarddeviatie (σ), om de betrouwbaarheid van de gemiddelden te verhogen. Hoe lager de σ hoe beter het gemiddelde scores van de gehele onderzoekspopulatie beschreven wordt door de gemiddelden gevonden in de steekproef.

$$s = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

Figuur 1: Berekening Steekproef standaarddeviatie.

De kwalitatieve data is volledig anoniem getranscribeerd, namen van hulpverleners, ziekenhuizen en betrokkenen zijn veranderd in X. Deze transcripties zijn naar de respondenten gestuurd ter controle op feitelijke informatie. Na deze controle zijn de transcripties open gecodeerd, om deze vervolgens in

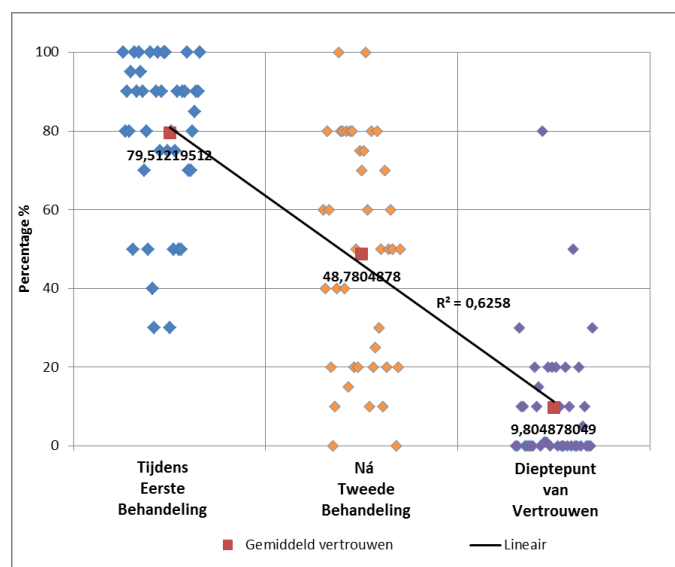
fragmenten te verdelen na een zorgvuldige screening. De fragmenten worden gelabeld met een code welke overeenkomt met de uitspraken van de respondent (Boeije, 2014). Een voorbeeld hiervan is; Respondent 4 zegt als antwoord op de vraag wat zijn belemmerende factoren: *“Enerzijds denk ik dat ik vrij jong was. Alles werd snel op het psychische aspect afgeschoven. Want ik was jong en de klachten die ik had paste niet bij mijn leeftijd.”* Hieruit komen de open codes: leeftijd en afschuiven op psyche.

De verworven informatie is vervolgens axiaal gecodeerd met als doel de codes te integreren binnen centrale thema's. Om te kunnen spreken over thema's dienen de codes te worden geanalyseerd waarbij verhouding, overeenkomsten en tegenstellingen centraal staan (Boeije, 2014). Bij overeenkomende codes wordt gebruik gemaakt van een overkoepelende code, zodat het aantal codes wordt gereduceerd. Het thema psyche kwam ook bij andere respondenten naar voren, zo zei respondent 3: *“Je stelt je aan, je voelt het erger dan dat het is omdat je ook psychische issues hebt”*. Ook dit citaat kreeg de codering afschuiven op psyche. De axiale codering is dan ook psychische veroordeling. Om tot een integratie van alle bevindingen te komen is er selectief gecodeerd, waarbij er verbanden worden gelegd tussen de onderwerpen die tijdens het axiaal coderen benoemd zijn. De axiale codes worden vervolgens geordend door gebruik te maken van kern categorieën en door eventuele overige codes te groeperen. De kern categorie van psychische veroordeling is belemmerende factoren. Van de axiale codes is een code-boom gemaakt, zie 7.6 Codeboom.

H4. Resultaten

De datamatrix bestaat uit 41 respondenten, met leeftijden van 20 tot 87 jaar met een gemiddelde ($\bar{x}$) leeftijd van 35.3 jaar. Van alle respondenten is meer dan de helft van de respondenten arbeidsongeschikt, 14% studeert, 27% werkt en 10% is werkloos. 93% van de respondenten is vrouw, 0% genderneutraal en de overige 7% is man. Onder de geïnterviewde respondenten waren 4 van de 5 respondenten vrouwelijk en 1 respondent mannelijk. Bij de vraag naar het aantal behandelingen viel op dat 1 respondent een uitzonderlijk hoog scoorde (=9999999), gezien er tussen de afstand van de één na hoogste (= 1000) en de hoogste (=9999999) geen datapunten lagen. Hierdoor mag deze score gezien worden als outlier (lees: uitschieter) en is ervoor gekozen deze score niet mee te nemen bij de berekening van het gemiddelde ($\bar{x}$) aantal behandelingen van 110.

Respondenten is gevraagd hun vertrouwen, over de tijd, uit te drukken in percentages (%) op basis van drie meetpunten. In de grafiek, zie Figuur 2: Verloop vertrouwenspercentage, is de spreiding van deze percentages op de verticale as inzichtelijk gemaakt. Het eerste meetpunt is het vertrouwen van de cliënten tijdens de behandeling, waar een $\bar{x}$ vertrouwen gemeten wordt van 79.5%, met een standaarddeviatie (σ) van 20.3 procentpunten. Waarbij de spreiding zich centreert tussen de 60 en 100%, zonder outliers die verder dan $3 \cdot \sigma$ van het $\bar{x}$

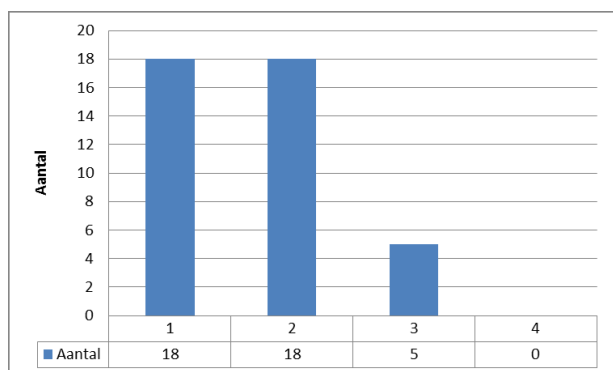


Figuur 2: Verloop vertrouwenspercentage

afliggen. Tussen het eerste en het tweede meetpunt, ná de tweede behandeling, is een daling van het gemiddelde zichtbaar en wordt een $\bar{x}$ vertrouwen gemeten van 48.7%, met een σ van 28.4 procentpunten. Bij het tweede meetpunt wordt een grotere spreiding zichtbaar, vrijwel ieder percentage wordt genoemd. Echter houdt deze toegenomen spreiding ook in dat waarden die verder van het gemiddelde afliggen nog steeds betrouwbaar genoeg zijn om het gemiddelde van de gehele onderzoekspopulatie mee te schatten. Als laatste is respondenten gevraagd het percentage vertrouwen uit te drukken op het moment dat zij het minste vertrouwen, met andere woorden het dieptepunt, ervaren richting de hulpverleners. Hieruit komt een $\bar{x}$ van 9.8%, met een σ 15.8 procentpunten. In de weergave van datapunten in de derde kolom wordt zichtbaar dat er twee respondenten boven de 40% scoren, waardoor het gemiddeld omhoog getrokken wordt. Deze data valt echter buiten de foutmarge van 2 standaarddeviaties verwijderd van het $\bar{x}$, het gaat hier dus opnieuw om twee outliers. Als deze punten verwijderd worden is er een $\bar{x}$ van 6.9% met een σ 9.2 procentpunten.

Bovenstaande gegevens beantwoorden deelvraag 1; In welke mate is er sprake van verminderd vertrouwen bij de SOLK cliënten? De trendlijn maakt zichtbaar dat over tijd het percentage vertrouwen

richting de hulpverlener lineair afneemt, met $R^2 = 0.62$. Met betrekking tot de mate van verminderd vertrouwen richting de hulpverlener kan worden vastgesteld dat er een grote tot zéér grote afname is in het vertrouwen. Hieruit kan worden geconcludeerd dat er een zorgelijke vermindering van vertrouwen bij de SOLK cliënten plaatsvindt gedurende het verloop van de zoektocht naar de juiste zorg, waarbij de tweede behandeling een grote invloed heeft op de afname van het vertrouwen in de hulpverlener.



Figuur 3: Scoring luisteren hulpverleners

Ervaringen in de behandelrelatie zijn gekoppeld aan het luisteraspect, welke bij de *common factors* theorie een belangrijk rol speelt. Uit de genereerde data wordt zichtbaar dat cliënten de hulpverleners een 1,6 geven op een schaal van 1 tot 4, zie Figuur 3: Scoring luisteren hulpverleners. Waarbij een 1 staat voor er is helemaal niet naar mij geluisterd en een 4 staat voor er is wél naar mij geluisterd. Geen enkele respondent scoorde een 4. Deze data sluit aan

bij de kwalitatieve gegevens. Waarbij alle vijf van de vijf respondenten aangeven dat zij zich niet gehoord voelde, verbonden aan het gevoel dat de hulpverlener hen niet serieus neemt. Opvallend genoeg hebben alle respondenten het hier over meer dan één behandelaar die hen dit gevoel gaf. Respondent 3 (R3) vertelt: *“Ik voelde zo duidelijk het verschil in mijn lichaam, dat dit niet gehoord werd voelde voor mij alsof ik niet serieus genomen werd.”* R2 geeft aan dat het vertrouwen verdween, vanwege het gevoel niet serieus genomen te worden. Het gevolg hiervan was dat R2 de behandelingen stopzette; *“Toen dacht ik; laat maar zitten. Op een gegeven moment ben ik gestopt met alle ziekenhuisbezoeken en heb ik alle behandelingen stopgezet.”* Naast het gevoel te ervaren dat zij niet serieus genomen werden door de hulpverleners, werd ook aangegeven dat de zoektocht naar duidelijkheid, emotioneel zwaar was én bij R1 een bepaalde uitzichtloosheid veroorzaakt: *“En dan heb ik zoiets van , waar moet ik nog in geloven? Waar moet ik nog in vertrouwen? Wie gelooft mij nog met mijn klachten?”* Vijf van de vijf geïnterviewde respondenten geven aan bezoeken aan de hulpverlening uit te stellen door het verminderd vertrouwen. Dit wordt ondersteund door de gegeven antwoorden op vragen in de enquête, waaruit blijkt dat 32 van de 41 respondenten het bezoek aan de hulpverlener uitstelt ten gevolgen van het verminderd vertrouwen.

Bovenstaande gegevens beantwoorden deelvraag 2; Op welke wijze ervaren de SOLK cliënten de behandelrelatie met de hulpverleners tijdens en na de zoektocht naar de juiste zorg en ondersteuning? Er kan worden geconcludeerd dat SOLK cliënten de behandelrelatie als negatief ervaren, waarbij het gevoel niet serieus genomen te worden én zich gehoord niet voelen twee zéér belangrijke factoren zijn. Waarbij behandelingen worden stopgezet of bij klachten worden uitgesteld.

Deelvraag 3; Hoe scoren SOLK cliënten met verminderd vertrouwen op hun kwaliteit van leven? Alle 41 respondenten is gevraagd welk cijfer zij zouden geven aan hun kwaliteit van leven, waarbij een 0

staat voor een zeer slechte tot geen kwaliteit van leven en 10 staat voor een zeer goede kwaliteit van leven. Hieruit komt een $\bar{x}$ levenskwaliteit van 5,6 met een σ van 1,54.

Met betrekking tot deelvraag 4 zijn middels de rand 36 de emotionele en fysieke rolbeperkingen, het sociaal en het fysiek functioneren gescoord. Deze onderdelen vormen samen het sociaal emotioneel functioneren van de cliënten. In tabel 1 is zichtbaar wat respondenten scoren op de verschillende schalen. Het codeboek stelt dat bij schaal 1, 2 en 4 een lage score negatief en een hoge score positief is. Bij schaal 3 is deze code gespiegeld, een lage score is positief en een hoge score negatief. Op het vlak van emotionele rolbeperking scoren de respondenten $\bar{x}$ een 4.39 op een schaal van 1 tot 10, en voor fysieke rolbeperking wordt $\bar{x}$ een 4,07 gescoord op eenzelfde schaal verdeling. Beiden scores zijn zéér laag en geven aan dat er een grote mate van rolbeperking ervaren wordt door SOLK cliënten. Bij de fysieke rolbeperkingen scoren drie respondenten een vijf en 38 respondenten een vier. De scores zes, zeven en acht worden door geen enkele respondent gehaald. Voor fysiek functioneren wordt $\bar{x}$ 13.70 gescoord (op een schaal van 9 tot 27), waardoor SOLK cliënten onder de helft van de te behalen score (=18) zitten. De respondenten scoren niet zéér negatief maar ook niet uitgesproken positief, waardoor gesteld kan worden dat ook het fysieke functioneren een belangrijk aandachtspunt is. Wat betreft sociaal functioneren wordt positief gescoord, namelijk $\bar{x}$ 4.34 op een schaal van 1 tot 5.

Tabel 1: Scoring sociaal emotioneel functioneren

Schaal	$\bar{x}$	Σ	Min. en max. haalbare score
1 Emotionele rolbeperking	4.39pt	1.30	Min. 3pt (NEG), Max. 6pt. (POS)
2 Fysieke rolbeperking	4.07pt	0.26	Min. 4pt (NEG), Max. 8pt.(POS)
3 Sociaal functioneren	4.34pt	1.63	Min. 2pt (POS), Max. 20pt. (NEG)
4 Fysiek functioneren	13.70pt	3.80	Min. 9pt (NEG), Max. 27pt. (POS)

Deelvraag 4 luidde als volgt; Hoe scoren SOLK cliënten op het gebied van sociaal-emotioneel functioneren? Als antwoord op deelvraag 4 kan worden geconcludeerd dat er een negatieve tot zeer negatieve score is op het gebied van sociaal-emotioneel functioneren. Deze klachten hebben tevens een groot tot zeer groot effect op het dagelijks leven van de cliënten, dit komt overeen met het lage gemiddelde bij de kwaliteit van leven.

Deelvraag 5 luidde: Wat zijn de belemmerende factoren binnen het behandeltraject voor SOLK cliënten m.b.t. vertrouwen? Respondenten is tijdens het interview gevraagd naar wat zij als belemmerende factoren zien met betrekking tot hun eigen ervaring. Opvallend is dat alle vijf de respondenten in de interviews aangaven dat de meeste belemmerende factor was dat ze niet geloofd werden. R4 zegt: *“Het grootste probleem is dat mensen je echt niet geloven. Ze zeggen: Je hebt niks. Dat is het. Het echt gehoord worden en het initiatief van de hulpverlener, dat zijn denk ik de twee dingen die ik echt heel erg heb gemist. En die ik nu ook niet meer verwacht”*. Tevens worden de

factoren psychische veroordeling en slechte communicatie door alle vijf de respondenten benoemd. Drie van de vijf respondenten geeft aan dat ze hun leeftijd een belemmerende factor vonden in hun ervaring. R4 zegt over de belemmerende factoren: *“Enerzijds denk ik dat ik vrij jong was. Alles werd snel op het psychische aspect afgeschoven. Want ik was jong en de klachten die ik had paste niet bij mijn leeftijd.”* R5 gaf ook aan dat de jonge leeftijd een belemmerende factor was, echter wilde R5 dit in perspectief plaatsen: *“Misschien omdat je een emotionele puber bent dat je niet serieus wordt genomen, maar ik heb inmiddels ook van anderen mensen gehoord dat zij pas met 30/ 40 ziek werden en ook zij worden opzij gezet met het zijn vage klachten. Dus dan...dan ga maar naar huis.”* Hiermee wordt het eerste deel van de common factor theorie niet vervuld, namelijk de co-constructie van de werkrelatie. Met als gevolg dat de overige delen, van hoop, van oplossingen en van de evaluatie, niet tot stand kunnen komen. Alle respondenten benoemden de gevolgen van bovengenoemde belemmerende factoren, hierdoor werd de impact van deze factoren inzichtelijk. Deze gevolgen kunnen gekoppeld worden aan de kwaliteit van leven, namelijk; isolement (3 van de 5) en rolbeperking (4 van de 5). Vier van de vijf respondenten gaven aan dat een van deze gevolgen een (ernstige) depressie was, waarbij twee respondenten hun levenszin verloren. R2 zegt: *“ik heb op een gegeven moment ook op een punt gestaan dat ik naar een levenseindekliniek wilde lopen en zeggen : “Ik wil mijn [leven] beëindigen, want ik wil het gewoon zo niet”.*

Tegenover de belemmerende factoren staan de bevorderende factoren, welke een positieve invloed kunnen hebben op de behandeling en het vertrouwen in de hulpverlener. Onderstaande gegevens beantwoorden deelvraag 6; Wat zijn de bevorderende factoren die, volgens de cliënten, nodig zijn om een behandelrelatie op basis van vertrouwen tot stand te brengen met de hulpverlener? Uit zowel de enquête (39 van de 41) als uit de interviews (5 van de 5) kwam naar voren dat de hulpverlener moet kunnen luisteren en de cliënt serieus moet kunnen nemen. Respondent 2 vertelde dat er past een verandering plaats vond toen een docent ingreep en vertelde hierover het volgende *“Toevallig had ik op mijn opleiding een docent zitten die op een gegeven moment in de gaten had dat er iets aan de hand was. Ik was geen prater op school en die persoon heeft me gewoon apart gepakt. Diegene heeft mij er echt weer bovenop geholpen en is op een gegeven moment voor mij gaan staan. Is zelfs mee gegaan naar behandelingen. Om een beetje sturing te kunnen geven bij wat er allemaal aan de hand was.”* Niet alleen voor respondent 2 was een externe interventie nuttig, nog drie andere respondenten vertelden dat pas toen iemand naast hen ging staan zij zich beter gehoord gingen voelen. R1 noemt dit de menselijke kant; *“De menselijke kant. Je wordt gezien, je wordt gehoord en hij kan je het zo vertellen dat jij het ook kan geloven “.* Respondent 5 geeft aan dat zij niet direct iemand nodig had, gezien de omgeving voldoende steun kon bieden, echter zei R5: *“Ik zou veel behoefte hebben aan een professional met een coördinerende rol. Iemand die het overzicht houdt en ook weet wat er gebeurd.”* De resultaten van de belemmerende factoren kunnen wederom gekoppeld worden aan de common factor theorie. Respondenten hebben behoefte aan een menselijke en menswaardige behandeling, waarbij er een best person kan worden aangesteld. Deze best person dient volgens 3 van de 5 respondenten een professionele ‘coördinerende’ en “ondersteunende” rol aan te nemen.

H5. Conclusie en aanbevelingen

5.1 Conclusie

De onderzoeksvraag die middels dit onderzoek beantwoord werd luidt als volgt; Hoe kan de sociaal agoog bij SOLK cliënten, waarbij sprake is van verminderd/beschadigd vertrouwen in de hulpverlening, een behandelrelatie op basis van vertrouwen ontwikkelen? Het antwoord op deze onderzoeksvraag zal tevens richting geven aan de aanbevelingen. Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van een mixed method, bestaande uit een enquête en een vijftal interviews.

Uit de onderzoeksresultaten komt een afname van 50% in het vertrouwen na de tweede behandeling en op het laagste punt nog geen 10% vertrouwen in de hulpverlener. Dit is een grote lineaire afname waarbij de tweede behandeling een kritisch kantelpunt lijkt te zijn. Om een relatie op basis van vertrouwen te kunnen ontwikkelen is het van belang vast te stellen waardoor het vertrouwen afneemt en hoe de cliënten de behandelrelatie ervaren. Zowel uit de kwalitatieve en kwantitatieve gegevens komt het duidelijke signaal dat de respondenten zich niet gehoord voelen in de zoektocht naar een verklaring. De langdurige zoektocht met het versnipperde zorgaanbod geeft voor de onderzoekspopulatie onduidelijkheid, waarbij het gevoel niet serieus genomen te worden een beschadigend effect heeft op het vertrouwen in de hulpverlener en de sociaal agoog.

Naast het onderzoeken waardoor het vertrouwen afneemt is het van groot belang dat er inzichtelijk gemaakt wordt wat de gevolgen zijn van dit verminderd vertrouwen. Uit de data-analyse en interviews komen ernstige en zorgelijke feiten naar voren. De onderzoekspopulatie scoort slechts een 5,6 op een schaal van 1 tot 10 als het gaat over de kwaliteit van leven. Het ontwikkelen van een depressie blijkt meer een regel dan uitzondering, waarbij suïcidale gedachten een reëel risico vormen. Hierbij zijn de belemmerende en bevorderende factoren van grote invloed, gezien geconcludeerd kan worden dat het voor de respondenten ontbreekt aan menselijke bejegening. Met tot gevolg dat de onderzoekspopulatie behandelingen uitstelt of informatie achterwegen laat bij een nieuwe behandeling, waardoor effectief, doelmatig en tijdig behandelen onmogelijk wordt. De co-constructie van de werkrelatie komt niet tot stand. Als gevolg valt meer dan de helft van de onderzoekspopulatie uit in de maatschappij en kan niet meer voldoen aan de verwachtingen van de participatiemaatschappij.

De onderzoekspopulatie heeft een grote behoefte aan ondersteuning, in een coördinerende rol, ten tijden van de zoektocht naar de juiste hulp en ondersteuning. Respondenten geven aan behoefte te hebben aan een best person. Iemand die naast hen staat, luistert en indien noodzakelijk voor hen opkomt, advocating for patients. Als eindconclusie en tevens als belangrijkste aanbeveling kan geconcludeerd worden dat de sociaal agoog in kan springen op de ondersteuningsbehoefte van de onderzoekspopulatie, door met de cliënt(en) in gesprek te gaan en echt te luisteren. De sociaal agoog kan tevens een rol spelen in het delen van de kennis welke is opgedaan in het hier beschreven onderzoek.

5.2 Aanbevelingen

De eerste aanbeveling richt zich op het feit dat in dit onderzoek is gebleken dat er een grote behoefte is aan een best person (lees: een ambassadeurschap) met een ondersteunende coördinerende rol, welke door de sociaal agoog vervuld kan worden. Hiervoor gelden echter enkele randvoorwaarden.

Bij huisartspraktijken dient laagdrempelig een sociaal agoog ingezet te worden, welke in gesprek gaat met cliënten waarbij na een tweede behandeling geen duidelijke oorzaak is gevonden voor de klachten. Hierbij is het van belang dat zij na de tweede behandeling inspringen, gezien er uit de resultaten blijkt dat er na de tweede behandeling een kantelpunt zichtbaar is. De sociaal agoog gaat naast de cliënt staan en biedt ondersteuning op vraag en behoefte, maar luistert naar de cliënt en neemt hem serieus zonder oordeel. Gezien uit de resultaten blijkt dat het voor de cliënt het luisteraspect van groot, al dan niet essentieel, belang is. Om laagdrempelige zorg te kunnen bieden is het raadzaam om de cliënt de mogelijkheid te bieden om de wijze van contact te laten bepalen. Bijvoorbeeld; telefonisch, in de praktijk of thuis. Dit sluit aan op de presentiebenadering, namelijk naast de cliënt gaan staan met als doel het opbouwen van een vertrouwensrelatie (Movisie, 2016). Door deze strategie toe te passen zal de cliënt zich gehoord en serieus genomen voelen. Het is van belang dat de sociaal agoog oog heeft voor het feit dat het vertrouwen beschadigd kan zijn en weet hoe hij/zij hierin kan handelen.

Om dit te realiseren dient er geïnvesteerd te worden in deze vorm van hulpverlening. Het wordt aanbevolen de sociaal agogen te detacheren bij huisartspraktijken vanuit de gemeentelijke WMO, zodat er een koppeling kan worden gemaakt naar de participatiemaatschappij. De Wet maatschappelijk ondersteuning (WMO) is in het leven geroepen om burgers te helpen en ondersteuning te bieden bij het deelnemen aan de maatschappij (Zorgwijzer, 2019). Uit de probleemanalyse blijkt dat SOLK cliënten met ernstige klachten in hoge mate beperkt zijn om deel te nemen aan deze participatiemaatschappij (Olde Hartman, et al., 2013). De sociaal agoog kan direct bekijken en onderzoeken hoe zij de cliënt kunnen ondersteunen om deel te nemen aan het sociale leven en de participatie maatschappij. Hierbij zou er gebruik kunnen worden gemaakt van de methodiek Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). Waarbij op consult basis gesprekken kunnen worden gevoerd met de cliënt, diens betrokkenen en hulpverleners om te zoeken naar de juiste behandeling en het realiseren van deelnamen aan de participatie maatschappij (Korevaar, Dröes, & van Wel, 2014). Deze methodiek dient niet de zoektocht te stoppen, gezien deze zoektocht van groot belang is voor de cliënt en diens acceptatie proces.

Daarnaast dient deze sociaal agoog te signaleren, denk aan het weglaten van informatie bij behandelingen door de cliënt of het hebben van suïcidale gedachten. Indien dit gesignaleerd wordt dient hij/zij te overleggen met de huisarts en mogelijk een moreel beraad overleg te organiseren, waarbij er met een team samen gekeken wordt wat er bij de casus nodig is om goede hulp te leveren. Bij ernstige signalen dient er in overleg met de huisarts te worden doorverwezen naar specialistische zorg, echter houdt de zorg van de sociaal agoog hier niet op. Hij/zij zal betrokken blijven bij de cliënt en ieder kwartaal contact opnemen om te informeren wat er zich de afgelopen tijd heeft afgespeeld en

of er stappen zijn waar ondersteuning bij gewenst is. Na 9 maanden kan het contact, in samenspraak met de cliënt, afgerond worden .

De tweede aanbeveling is een antwoord op de vraag om eenduidige informatie verstrekking in combinatie met het onderzoeken van evidence based onderzoeksmethodieken. Dit kan doormiddel van het opzetten van verschillende nationale SOLK poli's en één specialistisch SOLK expertise- en onderzoekscentrum, waarin met verschillende professionals gedegen accuraat onderzoek wordt gedaan en begeleiding wordt aangeboden. Het Expertisecentrum moet gebruik maken van shared care, waarbij kennisdeling en het uitbesteden van zorg zal worden gerealiseerd, om de fysieke omstandigheden van SOLK cliënten zo veel mogelijk tegemoet te komen. Uit de probleemanalyse blijkt dat er verschillende meningen en posities zijn als het gaat om SOLK. Deze geven onduidelijkheid bij de cliënt en het vertrouwen in de hulpverleners loopt risico op beschadiging. Uitleg van behandelaren en artsen sluiten vaak niet aan op de klachtbeleving van de cliënt, hierdoor komen beiden partijen niet tot een eenduidige formulering van het probleem (Salmon, Ring, Dowrick, & Humphris, 2005). Verwacht wordt dat het inzetten van een expertise- en onderzoekscentrum er educatie ontwikkeld wordt voor professionals met als doel het op één lijn krijgen van de verschillende visies, waardoor onduidelijkheid afneemt.

De derde aanbeveling richt zich op de educatie van de sociaal agoog. In de probleem analyse wordt beschreven dat als de cliënt zich gehoord en begrepen voelt tijdens de consulten, zijn beperkingen en klachten verminderen (Downes-Grainger, Morriss, Gask, & e.a., 1998). Dit sluit aan op het in het theoretisch kader beschreven Common Factor Model en de behoefte van de respondenten namelijk het gehoord voelen en het menselijke aspect. Hier ligt voor opleidingen een mooie kans, namelijk het inbrengen van het Common Factor Model in de leerlijn en studenten te leren deze te koppelen aan situaties. Dit kan zijn door studenten een vak beroeps-gebonden ontwikkeling aan te bieden, welke de gehele studietijd doorloopt, waarbij studenten een steeds complexere casus voor zich krijgen met verschillende methodieken. Zij dienen methodieken te kiezen om toe te passen welke gekoppeld zijn aan de kernwaarde van de sociaal agoog én het Common Factor Model. Waarbij de student leert theorie om te denken naar een menselijke praktijk en het individueel passend maken van een methodiek. Voor een logistieke planning zou het opleidingsinstituut studenten kunnen benaderen voor het vorm geven van dit vak, zodat het doel niet verloren raakt.

H6. Discussie

Uit de onderzoeksresultaten komt een afname van 50% in het vertrouwen na de tweede behandeling. Met op het laagste punt nog geen 10% vertrouwen in de hulpverlener. Deze afname in vertrouwen wordt door de respondenten in de interviews gelinkt aan onder meer de thema's "niet gehoord voelen" en "niet serieus genomen te worden" door hun behandelaren, waaronder de sociaal agoog. Hierbij dient de kanttekening te worden gegeven dat niet alleen de sociaal agoog verantwoordelijk is voor de gescoorde gegevens, maar dat het de algemene Nederlandse zorg betreft.

Als we bovenstaande terugkoppelen naar de praktijk ontstaat de vraag of hetgeen waarvoor de hulpverlening in het leven geroepen is wel wordt nageleefd. De kernwaarde van de beroepscode van sociaal agogen bijvoorbeeld stelt dat deze een sociale betrokkenheid heeft. Tevens wordt in deze beroepscode gesteld dat mensen recht hebben op een goede kwaliteit van leven (Registerplein, sd.). Het feit dat de geïnterviewde respondenten deze thema's aandragen als verklaring, voor de afname van het vertrouwen, trekt de overeenstemming van de code met de realiteit direct in twijfel. Dat de respondenten een $\bar{x}$ levenskwaliteit van 5,6 opgeven heeft natuurlijk niet alleen te maken met de zorg, verleend door sociaal agogen, en er kan op basis van dit onderzoek niet worden geconcludeerd of er sprake is van een causaal verband tussen het vertrouwen in de zorg en de kwaliteit van leven. Echter is het van belang om stil te staan bij het feit dat sociaal agogen wél bijdragen aan de score van 5,6. Om te concluderen of er sprake is van een causaal verband wordt hier aanbevolen om verder onderzoek te doen.

De respondenten in de enquête gaven de hulpverleners een 1,6 geven op de schaal van 4 op het gebied van luisteren en dit thema komt ook veelvuldig terug tijdens de interviews. Waarbij een 1 staat voor er is helemaal niet naar mij geluisterd en een 4 staat voor er is wél naar mij geluisterd. Geen enkele respondent scoorde een 4. Er is een onderzoek gedaan, naar wat een zinvolle hulpverlener is, in opdracht van Movisie. Opvallend is dat de onderzoeker stelt dat de zinvolle hulpverlener iemand is die echt kan luisteren. Het gaat in dat onderzoek om een hulpverlener die niet alleen luistert naar datgene wat er nodig is, maar die luistert naar het hele verhaal (Kluft, van Leeuwen, & Talma, 2018). Met andere woorden; de uitvoering van de kernwaarde van de beroepscode van de sociaal agoog kan in twijfel worden getrokken. Er dient onderzoek te worden gedaan naar waarom sociaal agogen in de praktijk niet toekomen aan datgene wat de basis zou moeten zijn van het beroep.

Niet enkel de kernwaarde sociale betrokkenheid kan in twijfel getrokken worden maar ook de kernwaarde empathie. De beroepscode omschrijft de waarde empathie als het winnen van het vertrouwen van de cliënten en deze vast weten te houden wanneer de cliënt of de behandelrelatie in geding komt (Registerplein, sd.). Dat het vertrouwen op het dieptepunt 10% bereikt zou alle sociaal agogen moeten opschrikken, gezien dit direct betekent dat het bij de SOLK groep niet lukt om het vertrouwen in de hulpverlening vast te houden.

Middels dit onderzoek kan de gehele huidige hulpverlening wakker geschud worden om bewust te kijken naar het vertrouwen in de hulpverlening. In de probleemanalyse staat beschreven dat op het moment dat er geen vertrouwensrelatie is, niet alleen het contact tussen beiden partijen stroef loopt,

maar bestaat ook het risico dat het gehele proces niet tot stand komt. Er is sprake van discrepantie (lees: zaken die niet overeenkomen) tussen de verwachtingen en wensen van de cliënt en de mogelijkheden van de arts (Trimbos, 2010). We kunnen stellen dat we in theorie bewust zijn van het feit dat het vertrouwen een essentiële basis is voor een goede behandelrelatie. Echter is er in de praktijk nog te weinig inzicht op de mate van het vertrouwen en de directe gevolgen voor de cliënt buiten de gevolgen voor de behandeling om. Bij aanvang van dit onderzoek is met een praktijk-instelling gesproken over onderzoek doen naar het verminderd vertrouwen, hierbij werd door een specialist de uitspraak gedaan; *“waarom zouden we er vanuit gaan dat verminderd vertrouwen überhaupt bestaat?”* Dit terwijl cliënten gedurende de stageperiode van de onderzoeker regelmatig aangaven dat het vertrouwen gekwetst was en dit door overige collega's bevestigd werd. Dit onderzoek biedt de praktijk mogelijkheden tot ontwikkelingen en preventieve maatregelen om het vertrouwen te waarborgen en te erkennen.

Tijdens de presentatie van de onderzoeksresultaten kwam de vraag vanuit de praktijk hoe realistisch en wat de verwachting is met betrekking tot de haalbaarheid van de aanbeveling om naast de cliënt te blijven staan en niet los te laten. Gezien de bekostiging vanuit de gemeente plaats dient te vinden, zal goed overleg nodig zijn met de gemeente. Er dient inzichtelijk te worden over welke financiële mogelijkheden zij beschikken én wat beleidsmatig ingang biedt. Het zou binnen deze aanbeveling gaan over een verzoek om ondersteuning, aangevraagd door de huisarts. De WMO is verplicht om op moment onderzoek te doen naar mogelijkheden, echter is deze zorg momenteel voornamelijk gericht op praktische ondersteuning en eventueel van het netwerk (Rijksoverheid, sd.). Dat het netwerk deze ondersteuning biedt is niet vanzelfsprekend, gezien er tijdens de interviews veelal werd aangegeven dat de omgeving de klachten niet geloofden en afstand deden van de klachten. Een van de aanwezigen tijdens de presentatie vroeg of eventueel een vrijwilliger deze taak kan vervullen. Dit is een mogelijkheid, welke niet is overwogen. Echter is het van belang, gezien de complexiteit, van de problematiek dat deze opgeleid wordt om de juiste ondersteuning te bieden. Hiervoor zou vervolg onderzoek geadviseerd worden.

Gesteld kan worden dat dit onderzoek te generaliseren is naar andere doelgroepen binnen de GGz. Tijdens de scriptie presentaties van de studenten die afstuderen binnen het lectoraat viel op dat ze resultaten veel overeenkomsten hadden met het dit onderzoek, namelijk er dient geluisterd te worden en het vertrouwen bij naasten is van groot belang. Niet alleen naasten, maar denk hierbij ook aan psychiatrische aandoeningen welke moeilijk te diagnosticeren zijn, evenals dubbel diagnostiek en / of co morbiditeit. Ook bij deze cliënten kan sprake zijn van een zoektocht naar duidelijkheid voor de cliënt en diens omgeving. Waarom zouden zij het vertrouwen niet verliezen terwijl SOLK cliënten dit wel doen? Is het beroep van de sociale agoog diffuus geworden, waardoor het menselijke niet meer na geleefd wordt? Doen de opleidingen voldoende beroep op de beroepscode of wordt er teveel vanuit het alwetende perspectief gehandeld? Naar aanleiding van dit onderzoek kan het uitvoeren en de bekendheid van de beroepscode, de uitvoering van het beroep sociaal agoog en de opleidingen Social Work deels in twijfel getrokken worden. Wordt er daadwerkelijk gedaan waarvoor het beroep in het leven is geroepen, namelijk het zinvol hulpverlenen?

De betrouwbaarheid binnen dit onderzoek is op verschillende manieren gewaarborgd. Enerzijds door de standaard deviatie te berekenen van alle berekende gemiddeldes, een lage standaarddeviatie houdt in dat de gemiddelden betrouwbaar zijn omdat er weinig verschil zit tussen de gegeven antwoorden. Anderzijds is dit onderzoek betrouwbaar vanwege methodologische interventies, denk hierbij aan de random number generator, waardoor er geen gerichte selectie heeft plaatsgevonden bij het selecteren van de respondenten voor de interviews. Daarnaast hebben de respondenten uit het kwalitatieve onderzoek de mogelijkheid gekregen om de transcriptie te controleren, waardoor eventuele interpretaties of foute gegevens konden worden uitgesloten. Het onderzoek betreft een nationale onderzoekspopulatie, met respondenten vanuit Limburg tot Groningen, waardoor een algemeen beeld over de Nederlandse zorg voor SOLK cliënten met verminderd vertrouwen kan worden gesteld. Met betrekking tot de populatie waren er teveel aanmeldingen voor het kwalitatieve onderzoek, waaruit vastgesteld kan worden dat de wens naar onderzoek omtrent het thema verminderd vertrouwen groot is bij een deel van de hele onderzoekspopulatie.

Er is gebruik gemaakt van indrukvaliditeit (NJI, sd.), dit is gedaan middels semi-halfopen interviews met de focus op het verbeteren van de praktijk. Namelijk; wat kan de sociaal agoog doen. Daarnaast is gebruik gemaakt van begripsvaliditeit, respondenten is gevraagd om hun levenskwaliteit een cijfer te geven (Tilburg University, sd.). Door het gebruik van beiden vormen is gerealiseerd dat de ziekteperceptie, de ervaring en het sociaal emotioneel functioneren op een onbevooroordeelde wijze onderzocht kon worden. De respondenten voor deze interviews zijn aselekt geselecteerd uit een pool van aanmeldingen die was vastgesteld op basis van diverse criteria, zoals leeftijd en ziekteproces. Hierdoor is er een variatie aan respondenten aan het woord gekomen en is er een goede kwalitatieve weergave gegeven van de onderzoekspopulatie. Tevens bevat dit onderzoek een methodische triangulatie, gezien er gebruik is gemaakt van twee verschillende dataverzamelmethode om tot een onderbouwd antwoord te komen op de onderzoeksvraag.

Een zwakte van het onderzoek is dat er, door beperkte beschikbaarheid over tijd en middelen, enkel respondenten met verminderd vertrouwen zijn bevroegd, hierdoor is er geen zicht op het vertrouwen bij SOLK cliënten in het algemeen. Tevens is er geen data geworven onder cliënten waarbij geen sprake is van SOLK. Hierdoor kan niks gezegd worden over hoe het vertrouwen van SOLK'ers zich verhoudt ten opzichte van het vertrouwen van cliënten zonder SOLK. Een andere zwakte is dat er geen medische gegevens van de respondenten bekend zijn, waardoor uitgegaan is van de waarheidsgetrouwheid van de deelnemers. Reden hiervoor is de huidige AVG en het potentieel verliezen van de goodwill van respondenten om deel te nemen aan dit onderzoek. Er kan echter geredeneerd worden dat cliënten geen motivatie hebben om te liegen over hun ervaringen, omdat er in dit onderzoek geen winst te behalen was uit het geven van niet waarheidsgetrouwe antwoorden.

H7. Appendix

7.1 Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing .
- Blok, A., & Houtveen, J. (2011, December). Omgaan met onverklaarde lichamelijke klachten. *Psychopraktijk*, 3, 24-26.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Broadbent, E., Main, J., Petriel, K., & Weinman, J. (2006). The brief Illnes Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 631-637.
- Cameron, M. (2014). This is Common Factors. *Clinical Social Work Journal*, 42, 151-160, DOI 10.1007/s10615-013-0467-9.
- Carson, A. J., Stone, J., Warlow, C., & Sharpe, M. (2004). Patients whom neurologists find difficult to help. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, 75(12), 1776-1778.
- de Leeuw, P. (2009). *Passen en Meten online: De Kwaliteit van Internet Enquêtes*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- de Olde, C. (2012). *Reader Beschrijvende Statistiek met Excel v1.0*. Eindhoven: Fontys Hogescholen Eindhoven Sociale Studie .
- de Vries, S. (2017, Februari 21). Wat werkt er en hoe? Het common factors model als basis voor de psychosociale hulpverlening in het sociaal werk. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 3(26), 4-27, <http://doi.org/10.18352/jsi.518>.
- Downes-Grainger, E., Morriss, R., Gask, L., & e.a. (1998). Clinical factors associated with short-term changes in outcome of patients with somatized mental disorder in primary care. *Psychological Medicine*, 703-711.
- GGz standaarden. (2018, mei 15). *Visie op zorg: gezondheid als perspectief*. Retrieved mei 25, 2019, from GGz standaarden: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk/visie-op-zorg-gezondheid-als-perspectief>
- Glenton, C., Nilsen, E. S., & Carlsen, B. (2006). Lay perceptions of evidence-based information--a qualitative evaluation of a website for back pain sufferers. *BMC Health Services Research*, 15, 34.
- Herr, H., & O'Sullivan, M. (2000). Quality of life of asymptomatic men with nonmetastatic prostate cancer on androgen deprivation therapy. *The Journal of urology*, 163(6), 1743-1746.

- Hiller, W., Fichter, M. M., & Rief, W. (2003). A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of health care utilization and cost-effectiveness. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 369-380.
- Janssens, K. A. (2011). *The etiology of functional somatic symptoms in adolescents. A new perspective on lumping and splitting*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Jaspers, J., Asma, M. v., & Bosch, R. v. (1989). Coping en psychopathologie: een overzicht van theorie en onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 9, 587-599. Retrieved from http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_823pdf.pdf
- Kallen, B., & Pennings, M. (2013). *Grip op SOLK*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Kalmijn, M., Baarda, B., & de Goede, M. (2015). *Basisboek Enquêteeren*. Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- Kluft, M., van Leeuwen, P., & Talma, M. (2018). *De zinvolle hulpverlener. Profiel voor werken aan zingeving*. Utrecht: Movisie.
- Knirsch, P. (2013, augustus). QUALIKO- Constructie en betrouwbaarheid van een Meetinstrument voor Kwaliteit van Leven bij mensen met syndroom van Korsakov. Universiteit Twente, Enschede, Nederland.
- KNMG. (sd.). *Behandelingsovereenkomst*. Retrieved mei 22, 2019, from KNMG voorop voor dokter en zorg: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/behandelingsovereenkomst.htm>
- Korevaar, L., Dröes, J., & van Wel, T. (2014). *Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB) Ondersteuning van mensen met beperkingen bij hun maatschappelijke participatie*. Utrecht: Trimbos.
- Kuyken, W., Orley, J., Power, M., Herrman, H., Schofield, H., Murphy, B., & Burkovsky, G. (1995). *Social Science and Medicine*. 1403-9. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lechner, L., Mensters, I., & Bolman, C. (2010). Kwaliteit van leven. In L. Lechner, I. Mensters, & C. Bolman, *Gezondheidspsychologie bij patiënten* (pp. 58-60). Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Leventhal. (2004). *Ziekteperceptie*. Retrieved from Ziekteperceptie: Ziekteperceptie
- Lieb, R., Pfister, H., Mastaler, M., & Wittchen, H. U. (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(3), 194-208.
- Movisie. (2016, december 22). *De presentiebenadering als basis voor goede zorg*. Retrieved juni 19, 2019, from Movisie; kennis en aanpak van sociale vraagstukken: <https://www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/presentiebenadering-basis-goede-zorg>

- Nederlandse vereniging voor Psychiatrie. (2008). *In gesprek over: Onverklaarde lichamelijke klachten*. Vleuten: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie .
- Nevid, J., Rathus, S., & Greene, B. (2012). 5. Stress, psychologische factoren en de invloed op gezondheid. In J. Nevid, S. Rathus, & B. Greene, *Psychiatrie: Een inleiding* (pp. 108-130). Beverly: Pearson Benelux.
- NHG. (2017, maart 16). *NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)*. Retrieved mei 25, 2019, from NHG Nederlandse Huisartsen Genootschap: <https://www.nhg.org/?tmp-no-mobile=1&q=node/3735>
- NJi. (sd.). *Validiteit*. Retrieved from Nederlands Jeugdinstituut: <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Databank-Instrumenten-Meer-informatie/Validiteit>
- Nooteboom, B. (2009). *VERTROUWEN: BETEKENIS, BRONNEN EN BEPERKINGEN*. Tilburg: UVT.
- NVZ. (sd.). *Bekostiging ziekenhuiszorg*. Retrieved mei 22, 2019, from Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/bekostiging-ziekenhuiszorg>
- Olde Hartman, T. C., Blankenstein, A. H., Molenaar, A. O., Bentz van den Berg, D., van der Horst, H. E., Arnold, I. A., . . . Woutersen-Koch, H. (2013). NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). *Huisarts Wet* 2013, 222-230.
- Registerplein. (sd.). *Beroepscode Sociaal Agogen*. Retrieved juni 12, 2019, from Registerplein: <https://www.registerplein.nl/registers/register-sociaal-agogen/beroepscode-ag/>
- Revalidatie Magazine. (2018, juni 08). *Revalidatie helpt kinderen en jongeren met SOLK*. Retrieved from Revalidatie Magazine: http://revalidatiemagazine.nl/article/158567/revalidatie_helpt_kinderen_en_jongeren_met_solk
- Rijksoverheid. (sd.). *Hoe krijg ik ondersteuning van de gemeente vanuit de Wmo?* Retrieved juni 19, 2019, from Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/ondersteuning-gemeente-wmo-2015-aanvragen>
- Salmon, P., Ring, A., Dowrick, C., & Humphris, G. M. (2005). What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 255-262.
- Spaans, J., & van der Boom, K.-J. (2018, december 20). Stand van zaken bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Verbeteren van de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie. Tijdschrift voor gedragstherapie & cognitieve therapie*, 2018(4), pp. 246-266.
- Tak, L., Spaans, J., & Rood, Y. (2016, september 06). *Aanpak SOLK vraagt om meer samenhang*. Retrieved maand 14, 2019, from Medisch contact: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/aanpak-solk-vraagt-om-meer-samenhang.htm>

- Tiggelen, P. v., & Hop, H. J. (2019). *SOLK: Het verhaal achter de pijn. Openhartige verhalen van mensen met onbegrepen lichamelijke klachten*. Leuven, België: Emovere.
- Tilburg University. (sd.). *Betrouwbaarheid en validiteit*. Retrieved from Tilburg University Understanding Society:
<https://www.tilburguniversity.edu/nl/studenten/studie/colleges/spsshelpdesk/edesk/betrouwba.htm>
- Trimbos. (2010). *Somatisch Onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en Somatoforme stoornissen*. Utrecht: Trimbos.
- Trimbos instituut. (2011). *MDR SOLK en Somatoforme Stoornissen*. Utrecht: Trimbos.
- van der Mast, R. C. (2006). Onverklaarde lichamelijke klachten: een omvangrijk probleem, maar nog weinig zichtbaar in opleiding en richtlijnen. *NtvG*, 686-692.
- van der Zee, K., & Sanderma, R. (2012). *Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de Rand-36. Een handleiding*. Groningen : UMCG/Rijksuniversiteit groningen.
- Zonneveld, L. (2013). *Unexplained Physical Symptoms: patients' quality of life improved by cognitive-behavioral group treatment tailored to their perspective*. Rotterdam: PhD thesis of Erasmus MC/Erasmus University.
- Zorgwijzer. (2019, juni 14). *WMO*. Retrieved juni 15, 2019, from Zorgwijzer:
<https://www.zorgwijzer.nl/faq/wmo>

7.2 Enquête

Enquête titel

Onderzoek naar het verminderd/beschadigd vertrouwen in de hulpverlening.

Upload uw logo

200x100 px

Uploaden

Enquête aanhef ?

B I U

Beste Lezer,

Voor mijn afstudeerscriptie heb ik besloten onderzoek te doen naar het verminderd/beschadigd vertrouwen, wanneer er sprake is van onvoldoende verklaarbare klachten. Het gaat hierbij om klachten die geen diagnose had. U kan ook deelnemen als u nu een diagnose heeft, maar ten tijden van klachten meerdere behandelingen heeft ondergaan voorafgaand aan uw diagnose.

De vragenlijst bestaat uit meerdere onderdelen. Houd bij het invullen rekening met een duur van 15 tot 20 minuten. Ik vraag u hiervoor de tijd te nemen, zodat het naar waarheidsgetrouw ingevuld kan worden.

Wegens minderjarigheid ben ik verplicht om leeftijdsgrenzen te stellen, deze vragenlijst geldt dus vanaf 18 jaar. Ben jij jonger dan 18 jaar en wil jij graag deelnemen aan mijn onderzoek, mail mij dan (l.brugel@student.fontys.nl) en voeg een toestemmingsverklaring van een van je ouders/verzorgers toe.

De enquête is **anoniem!** Let op: Mocht u aangeven open te staan om deel te nemen aan het kwantitatieve gedeelte, zullen uw gegevens zo anoniem mogelijk worden gebruikt. Dit betekent dat ik alleen ik gebruik maak van de gegeven contact gegevens om een afspraak te plannen én uw antwoorden een basis kunnen zijn voor ons gesprek. In het onderzoeksrapport zal alles volledig anoniem worden verwerkt.

Bij voorbaat hartelijk dank voor het invullen van mijn enquête!

Met vriendelijke groet, Laura Brugel Student Sociale Studies, leerjaar 4

Bronnen:

VanderZee, K., Sanderman, R., Heyink, J. W., & de Haes, H. (1996). Psychometric qualities of the RAND 36-item Health Survey 1.0: a multidimensional measure of general health status. *International Journal of Behavioral Medicine*, 3, 104-122.

Zee KI van der, Sanderman R. (2012). Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding. Tweede herziene druk. UMCG / Rijksuniversiteit Groningen, Research Institute SHARE.



 Voeg een vraag toe

1 Geeft u de onderzoeker toestemming om uw gegevens anoniem te gebruiken?
 Let op, als de onderzoeker uw mag uitnodigen voor een interview zal zij enkel de door u ingevulde contact gegevens en antwoorden gebruiken. In het onderzoeksverslag worden alle antwoorden anoniem verwerkt.

Weergaveindeling: in kolom ▼

☒ Verplicht

☐ Ja

☐ Nee

 [Antwoord toevoegen](#)

 [Voeg tekst antwoord toe](#)

 Voeg een vraag toe

2 Staat u open voor een interview met de onderzoeker? Er zijn 10 mensen nodig om interviews af te nemen.

Weergaveindeling: in kolom ▼

☒ Verplicht

☐ Ja

☐ Nee

 [Antwoord toevoegen](#)

 [Voeg tekst antwoord toe](#)

 Voeg een vraag toe

3 Om contact op te kunnen nemen met u vraag ik u om hieronder uw contact gegevens in te vullen. Gelieve minimaal de volgende gegevens: Voornaam, mailadres/telefoonnummer.

Antwoord type. Elke tekst ▼

Antwoord lengte. Paragraaf ▼

☐ Verplicht

B I U

De onderstaande vragen, vraag 4 en 5, worden gebruikt als toelatingscriteria. Is het antwoord op beiden vragen ja, dan kunt u deelnemen aan het onderzoek. Als het antwoord op beiden vragen of 1 vraag nee is kan u niet deelnemen aan het onderzoek.

Voeg een vraag toe

4 Is er bij u sprake of sprake geweest van verminderd of beschadigd vertrouwen in de hulpverlening?

Weergaveindeling: in kolom ▼

Verplicht

☐ Ja

☐ Nee

[Antwoord toevoegen](#)

[Voeg tekst antwoord toe](#)

Voeg een vraag toe

5 Was er ten tijde van het verminderd of beschadigd vertrouwen al een diagnose gesteld?

Weergaveindeling: in kolom ▼

Verplicht

☐ Ja

☐ Nee

[Antwoord toevoegen](#)

[Voeg tekst antwoord toe](#)

Voeg een vraag toe

B I U

De volgende vragen gaan over hoe u uw eigen gezondheid ervaart. Hierbij is de mening van anderen niet relevant.

B I U

De volgende vragen gaan over hoe u uw eigen gezondheid ervaart. Hierbij is de mening van anderen niet relevant.

Voeg een vraag toe

6 Wat vindt u van uw gezondheid, over het algemeen genomen?



Weergaveindeling: in kolom

☒ Verplicht

- ☐ Uitstekend
- ☐ Zeer goed
- ☐ Goed
- ☐ Matig
- ☐ Slecht

[Antwoord toevoegen](#)

[Voeg tekst antwoord toe](#)

Voeg een vraag toe

7 Wilt u het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elk van de volgende uitspraken voor uzelf vindt.



☒ Verplicht

	Volkom en juist	Grotend eels juist	Weet ik niet	Grotend eels onjuist	Volkom en onjuist
Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan.	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn gezondheid is uitstekend.	☐	☐	☐	☐	☐

[Antwoord toevoegen](#)

B I U 

Fysiek functioneren: Onderstaande vragen gaan over dagelijkse bezigheden. Antwoord mogelijkheden bestaan uit: ernstig beperkt, enigszins beperkt, matig beperkt, beetje beperkt, geen beperking.

- o Vb: Wordt u beperkt bij forse inspanning, zoals hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten.
 1. *Ernstig beperkt:* Deze handelingen zijn voor mij fysiek niet uitvoerbaar.
 2. *Enigszins beperkt:* Ik kan slechts één of twee van deze handelingen 1 maal per week uitvoeren.
 3. *Matig beperkt:* Ik kan deze handelingen (met moeite) uitvoeren, echter maar 1 tot 3 maal per week.
 4. *Beetje beperkt:* Ik kan deze handelingen uitvoeren, echter 3 tot 5 maal per week.
 5. *Geen beperking:* Ik kan deze handelingen uitvoeren, zonder beperkingen en meer dan 5 maal per week.



Voeg een vraag toe

8 **Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?**

☒ Verplicht

	Ernstig beperkt	Enigzin s beperkt	Matig beperkt	Beetje beperkt	Geen beperki ng
Forse inspanning, zoals hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten.	☐	☐	☐	☐	☐
Matige inspanning, zoals verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen.	☐	☐	☐	☐	☐
Een paar trappen lopen.	☐	☐	☐	☐	☐
Eén trap lopen.	☐	☐	☐	☐	☐
Buigen, knielen of bukken.	☐	☐	☐	☐	☐
Meer dan één kilometer lopen.	☐	☐	☐	☐	☐
Een halve kilometer lopen.	☐	☐	☐	☐	☐
Honderd meter lopen.	☐	☐	☐	☐	☐
Uzelf wassen of aankleden.	☐	☐	☐	☐	☐

 Voeg een vraag toe

9 Had u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid, de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

☒ Verplicht

	Ja	Nee
U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden.	☐	☐
U heeft minder bereikt dan u zou willen.	☐	☐
U was beperkt in het soort werk of het soort bezigheden.	☐	☐
U had moeite met het werk of andere bezigheden, het kostte u bv. extra inspanning.	☐	☐

 [Antwoord toevoegen](#)

 Voeg een vraag toe

10 Had u, ten gevolge van een emotioneel probleem, de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

☒ Verplicht

	Ja	Nee
U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden.	☐	☐
U heeft minder bereikt dan u zou willen.	☐	☐
U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent.	☐	☐

 [Antwoord toevoegen](#)

 Voeg een vraag toe

11 In hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben uw emotionele problemen u de afgelopen 4 weken belemmerd in uw normale sociale

11 In hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben uw emotionele problemen u de afgelopen 4 weken belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin, vrienden, buren of anders?

Weergaveindeling: **in kolom** ▼

☒ Verplicht

- ☐ Helemaal niet
- ☐ Enigszins
- ☐ Nogal
- ☐ Veel
- ☐ Heel erg veel

+ [Antwoord toevoegen](#)

+ [Voeg tekst antwoord toe](#)

+ Voeg een vraag toe

12 Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende de afgelopen 4 weken uw sociale activiteiten, zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden, belemmerd?

Weergaveindeling: **in kolom** ▼

☒ Verplicht

- ☐ Voortdurend
- ☐ Meestal
- ☐ Soms
- ☐ Zelden
- ☐ Nooit

+ [Antwoord toevoegen](#)

+ [Voeg tekst antwoord toe](#)

+ Voeg een vraag toe

13 Deze vragen gaan over hoe u zich de afgelopen 4 weken heeft gevoeld. Wilt u bij elke vraag het antwoord aankruisen dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld.

☒ Verplicht

+



Voeg een vraag toe

13 Deze vragen gaan over hoe u zich de afgelopen 4 weken heeft gevoeld. Wilt u bij elke vraag het antwoord aankruisen dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld.

☒ Verplicht

	Voortdurend	Meestal	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
Voelde u zich levenslustig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Voelde u zich erg zenuwachtig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Voelde u zich kalm en rustig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Voelde u zich erg energiek?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Voelde u zich neerslachtig en somber?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Voelde u zich uitgeblust?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Voelde u zich moe?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

+ [Antwoord toevoegen](#)



Voeg een vraag toe

14 Welk cijfer geeft u uw kwaliteit van leven op een schaal van 0 tot 10? Waarbij 0 staat voor een zéér slechte kwaliteit en een 10 voor een zéér goede kwaliteit.

Antwoord type.

☒ Verplicht



Voeg een vraag toe

B I U

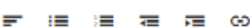
Bij onderstaande vragen wordt gekeken naar het aantal behandelingen die u heeft gehad en de invloed op uw vertrouwen richting de hulpverlening.

15 Hoeveel behandelingen heeft u in totaal gehad voor uw klachten?

Antwoord type:

☒ Verplicht

 Voeg een vraag toe

B I U 

Onderstaande vragen hebben als doel verschil te meten tussen het vertrouwen bij de eerste behandeling en na meerdere behandelingen.

 Voeg een vraag toe

16 Toelichting : 100 % staat voor volledig vertrouwen in de behandeling. 0 % staat voor geen vertrouwen in de behandeling.

☒ Verplicht

Toewijzen: %

Wat was het vertrouwenspercentage bij u eerste behandeling?

Wat was het percentage na de eerste behandeling?

Hoeveel percentage was het vertrouwen toen u het minste vertrouwen had in de behandeling?

Hoeveel vertrouwen heeft u momenteel in de hulpverlening?

 [Antwoord toevoegen](#)

 Voeg een vraag toe

17 Was is er volgens u nodig vanuit de hulpverlening om het vertrouwen positief te beïnvloeden?

17 Was is er volgens u nodig vanuit de hulpverlening om het vertrouwen positief te beïnvloeden?

Antwoord type. Elke tekst ▼

Antwoord lengte. Paragraaf ▼

☒ Verplicht

 Voeg een vraag toe

18 Wilt u onderstaande stellingen beantwoorden zoals het voor uzelf is.

☒ Verplicht

	Helemaal mee eens	Eens	Oneens	Helemaal oneens
Er is gedurende mijn klachten niet geluisterd naar mij als persoon.	☐	☐	☐	☐
Ik had graag eerder een medisch maatschappelijk werker gesproken over mijn vertrouwen.	☐	☐	☐	☐
Het verminderd vertrouwen maakt dat ik mijn bezoeken bij de hulpverleners uitstel of zelfs niet meer ga.	☐	☐	☐	☐
Het hebben van hoop en verwachtingen in een goede behandeling heeft mij enkel teleurgesteld.	☐	☐	☐	☐
Een goede vertrouwensrelatie tussen mij en de hulpverlener is van groot belang tijdens de behandeling	☐	☐	☐	☐
De persoonlijkheid van de behandelaar moet wel aansluiten bij mijn karakter.	☐	☐	☐	☐
Mijn omgeving heeft invloed op hoe ik mij rondom mijn klachten/beperkingen gedraag.	☐	☐	☐	☐

 [Antwoord toevoegen](#)

 Voeg een vraag toe

B I U

U bent bij de laatste vragen aangekomen. Deze vragen worden gebruikt om een weergave te geven van de mensen die deze vragenlijst hebben ingevuld.

Voeg een vraag toe

19 **Wat is uw leeftijd?**

Antwoord type: Nummer ▼ ☒ Verplicht

Voeg een vraag toe

20 **Wat is uw geslacht?**

Weergaveindeling: In kolom ▼ ☒ Verplicht

☐ Man

☐ Vrouw

☐ Agender

[Antwoord toevoegen](#)

[Voeg tekst antwoord toe](#)

Voeg een vraag toe

21 **Wat is uw huidige arbeidsstatus**

Weergaveindeling: In kolom ▼ ☒ Verplicht

☐ Student, met/zonder bijbaan

☐ Werkend

☐ Arbeidsongeschikt

☐ Werkloos

[Antwoord toevoegen](#)

7.3 Informed consent

Onderzoek naar het verminderd/beschadigd vertrouwen in de hulpverlening.

- U bent bekend en akkoord met het feit dat het interview wordt opgenomen, zodat de onderzoeker deze naderhand kan transcriberen.
- De opnames worden beveiligd opgeslagen én na publiceren van het onderzoek vernietigd.
- U bent bekend met het recht om de transcriptie te ontvangen en te controleren op feiten.
- U bent bekend dat uw gegevens anoniem worden verwerkt, dit betekent dat uw naam, eventuele ziekenhuis-namen én betrokkenen niet bij naam of herleidbare informatie genoemd worden.
- De genoemde gegevens tijdens het interview zullen enkel gebruikt worden voor dit onderzoek.
- U weet dat het interview ten behoeve van dit onderzoek volledig vrijwillig is. U bent zich ervan bewust dat u, na het horen van de informatie, kan besluiten om toch niet mee te doen . Daarvoor hoeft u geen reden te geven.
- U geeft de onderzoeker toestemming om uw gegevens te gebruiken voor doelen zoals bovenbeschreven staan. Mocht er aanleiding zijn om de gegevens te gebruiken voor een ander onderzoeksdoel dan zal de onderzoeker opnieuw toestemming aan u vragen.
- U geeft toestemming om gegevens nog 10 jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren voor nadere analyse in het kader van dit onderzoek (indien van toepassing).
- U heeft bovenstaande informatie gelezen en heeft aanvullende vragen kunnen stellen aan de onderzoeker. Deze vragen zijn voldoende beantwoord.

☐ Ik ga akkoord met deelname aan dit onderzoek.

Naam deelnemer :

Datum:

Handtekening :

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer voldoende heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend word die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte op een wijze waardoor ik er zeker van ben dat de informatie de deelnemer bereikt heeft.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening

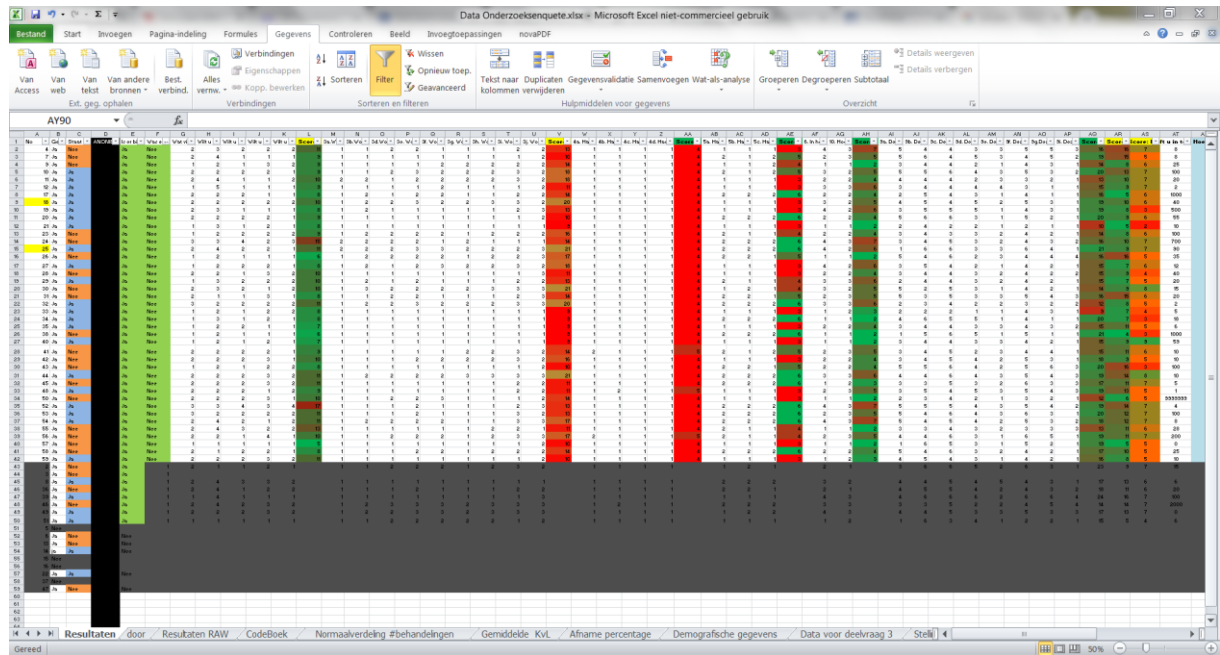
-
- ☐ Ik wil graag mijn transcriptie ontvangen om deze op feiten te controleren.
 - ☐ Ik wil het onderzoeksrapport ontvangen zodra deze klaar is.
 - ☐ Mocht er nog ruimte vrij zijn, wil ik graag benaderd worden voor de presentatie van de resultaten.

7.4 Topic List

Ervaring cliënt	
	• Zou je iets kunnen vertellen over je ervaring met hulpverleners in relatie tot het vertrouwen? • Hoe zag het verloop eruit? • Wat was je gevoel als je terug kijkt op je traject?
Kwaliteit van leven	
	• Hoe zou je je eigen kwaliteit van leven omschrijven? • Op welke wijze beïnvloedt het vertrouwen in de hulpverlener, je kwaliteit van leven? • Op welke wijze beïnvloeden je kwaliteit van leven en het vertrouwen je klachten?
Belemmerende factoren	
	• Wat waren volgens jou de belemmerende factoren als je terug denkt? • Hoe zagen deze belemmerende factoren eruit? • Wat waren de gevolgen van deze factoren? • In welke mate belemmerde deze factoren de behandeling of je vertrouwen?
Bevorderende factoren	
	• Als je zou moeten kijken naar de ideale situatie, hoe zou deze er dan uitzien? • Wat zou jou geholpen hebben in je behandeltraject en zoektocht? • Wat had je nodig? • Welke bevorderende factoren heb je meegemaakt?

7.5 Datamatrix

7.5.1 Numeriek



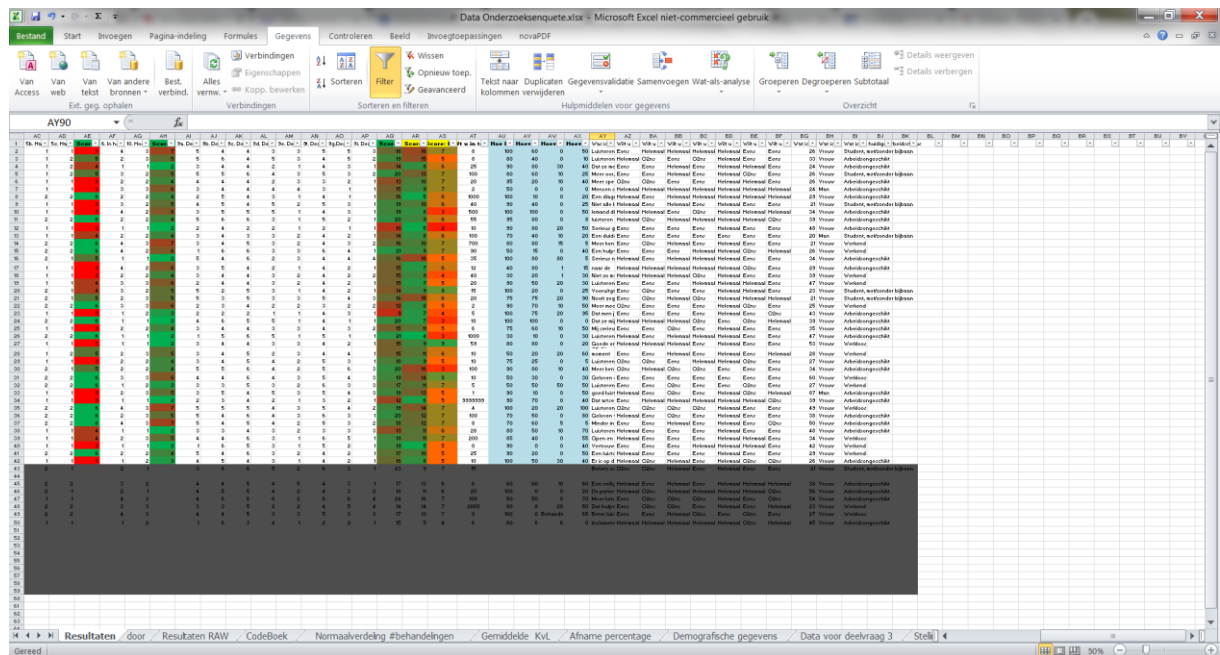
Microsoft Excel - Data Onderzoekenquete.xlsx - Microsoft Excel niet-commercieel gebruik

Gegevens | Formules | Controleer | Beeld | Invoegtoepassingen | novafPDF

Van web | Van tekst | Van andere bronnen | Best. verbind. | Alles vernieuw. | Eigenschappen | Verbindingen | Sorteren en filteren | Filter | Wissen | Opnieuw toep. | Geavanceerd | Tekst naar duplicaten | Gegevensvalidatie | Samenvoegen | Wat-als-analyse | Groeperen | Degroeperen | Subtotaal | Details weergeven | Details verbergen

AY90

Resultaten | door | Resultaten RAW | Codeboek | Normaalverdeling #behandelingen | Gemiddelde Kvl. | Afbname percentage | Demografische gegevens | Data voor deelvraag 3 | Stelk | Gereed



Microsoft Excel - Data Onderzoekenquete.xlsx - Microsoft Excel niet-commercieel gebruik

Gegevens | Formules | Controleer | Beeld | Invoegtoepassingen | novafPDF

Van web | Van tekst | Van andere bronnen | Best. verbind. | Alles vernieuw. | Eigenschappen | Verbindingen | Sorteren en filteren | Filter | Wissen | Opnieuw toep. | Geavanceerd | Tekst naar duplicaten | Gegevensvalidatie | Samenvoegen | Wat-als-analyse | Groeperen | Degroeperen | Subtotaal | Details weergeven | Details verbergen

AY90

Resultaten | door | Resultaten RAW | Codeboek | Normaalverdeling #behandelingen | Gemiddelde Kvl. | Afbname percentage | Demografische gegevens | Data voor deelvraag 3 | Stelk | Gereed

7.5.2 Codeboek

Data Onderzoekenquete.xlsx - Microsoft Excel niet-commercieel gebruik

Bestand Start Invoegen Pagina-indeling Formules Gegevens Controleeren Beeld Invoertoeepassingen novaPDF

Van Access Van web Van tekst Van andere bronnen - Best. verbind. Alles vernieuw. - kopp. bewerken Verbindingen Sorteren en filteren Filter Geavanceerd Tekst naar kolommen verwijderen Hulpmiddelen voor gegevens Groeperen Degroeperen Subtotaal Overzicht

B4 Fysiek functioneren

Code	Beschrijving	Beoordeling score	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA
1	Code																								
2	#	Respondentnr																							
3	Schaal 1	Algemeen gezondheidsbeeld	Lage score = Positief, Hoge score = Negatief																						
4	Schaal 2	Fysiek functioneren	Lage score = Negatief, Hoge score = Positief																						
5	Schaal 3	rolbeperking fysiek en emotioneel	Lage score = Negatief, Hoge score = Positief																						
6	Schaal 4	Sociaal functioneren	Lage score = Negatief, Hoge score = Positief																						
7	Schaal 5	Mentale gezondheid	Lage score = Negatief, Hoge score = Positief																						
8	Schaal 6	Kwaliteit van leven	Lage score = Negatief, Hoge score = Positief																						
9	Schaal 7	Vitaliteit	Lage score = Positief, Hoge score = Negatief																						
10		Toelaatbaar voor enquête																							
11		Niet toelaatbaar voor enquête																							
12		Staat open voor interview																							
13		Wil geen interview																							
14																									
15																									
16																									
17																									
18	1	(1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)	3	1 & 2=1	2& 3=2	4=3																			
19	2	(1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)	4	ja = 1	nee =2																				
20	6	(1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)	5	ja = 1	nee =2																				
21	8	(1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)	7	1=1	2=2	3=3	4=4	5=5																	
22	11b	(1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)	9b	1=1	2=2	3=3	4=4	5=5	6=6																
23	11d	(1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)	9c	1=1	2=2	3=3	4=4	5=5	6=6																
24	9a	(1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1)	9f	1=1	2=2	3=3	4=4	5=5	6=6																
25	9d	(1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1)	9g	1=1	2=2	3=3	4=4	5=5	6=6																
26	9e	(1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1)	9i	1=1	2=2	3=3	4=4	5=5	6=6																
27	9h	(1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1)	10	1=1	2=2	3=3	4=4	5=5																	
28	7	(1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1)	11a	1=1	2=2	3=3	4=4	5=5																	
29			11c	1=1	2=2	3=3	4=4	5=5																	
30		Sommeringen																							
31		fysiek functioneren 3a + 3b + 3c + 3d + 3e + 3f + 3g + 3h + 3i + 3j																							
32		sociaal functioneren 6 + 10																							
33		rolbeperkingen (fysiek probleem) 4a + 4b + 4c + 4d																							
34		rolbeperkingen (emotioneel probleem) 5a + 5b + 5c																							
35		mentale gezondheid 9b + 9c + 9d + 9f + 9h																							
36		vitaliteit 5a + 9e + 9g + 9i																							
37		pijn (5 x item7) + (5 x item8)																							
38		algemene gezondheidsbeleving 1 + 11a + 11b + 11c + 11d																							
39		gezondheidsverandering 2																							
40																									

Resultaten door Resultaten RAW CodeBoek Normaalverdeling #behandelingen Gemiddelde Kvl. Aframe percentage Demografische gegevens Data voor deelvraag 3 Stel

Gereed 80%

7.6 Codeboom

HOOFDCATEGORIE	AXIALE CODE
Belemmerende factoren	Niet luisteren
	Psychische veroordeling
	Communicatie
	Niet erkennen
	Niet geloven
Behoeftte aan	Best person
	Tijd
	Professionele coördinerende rol
	Cliënt moet centraal staan
	Menselijke kant
Ervaring hulpverlener	Niet serieus genomen
	Negatief
	Moeten vechten
	Kastje naar de muur
Kwaliteit van leven	Isolement
	Ernstige depressie
	Rolbeperkingen
	Lage levenskwaliteit
Psychische gevolgen	Verdriet
	Angst
	Pyschische klachten

	Frustratie
Gevolgen verminderd vertrouwen	Behandeling uitstellen
	Informatie weglaten
	Verlies vertrouwen
Participatie	Arbeidsongeschikt
	Studerend
	Werkend
	Lage sociale participatie
	Grotendeels huisgebonden
Coping	Hobby's
	Negatieve coping
	Sociale contacten