

**Hypnotherapie, hoezo?**

# Een onderzoek naar het verwijsgedrag van POH-GGZ naar hypnotherapeuten

**Door: Jorike Wollrabe**

# Studentnummer: s1071594

# Studie: Bachelor Toegepaste Psychologie

# Module: TPH48 Proeve van Bekwaamheid

# Instelling: Hogeschool Leiden

Datum: 28 juni 2016

Examinator: Hans Te Baerts

**Onderzoeksrapport**

Titel: Hypnotherapie, hoezo?

Een onderzoek naar het verwijsgedrag van POH-GGZ naar hypnotherapeuten

**In opdracht van**

Organisatie: Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten

Postadres: Newtonlaan 51

3584 BP Utrecht

**Opdrachtgever**

Naam: Barbara Oosterwaal en Joyce Sauter

Contactgegevens: secretaris@nbvh.nl / voorzitter@nbvh.nl

**Opdrachtnemer**

Naam: Jorike Wollrabe

Woonplaats: Nieuw-Vennep

Studentnummer: s1071594

Mailadres s1071594@hsleiden.nl

Studie: Toegepaste Psychologie

**Inhoudelijk begeleider**

Naam: Janet Lieffering

Contactgegevens: lieffering.j@hsleiden.nl

*Voorgaand inhoudelijk begeleider:*

Naam: Vivian Wijsman

Contactgegevens: wijsman.v@hsleiden.nl

**Examinator**

Naam: Hans Te Baerts

Contactgegevens: te.baerts.h@hsleiden.nl

**Gegevens opleiding**

Instelling: Hogeschool Leiden

Adres: Zernikedreef 11

2333 CK Leiden

# 28 juni 2016Voorwoord

Voor u ligt mijn onderzoek naar het verwijsgedrag van POH-GGZ tegenover hypnotherapie en hun gedachten over het eventuele doorverwijzen naar hypnotherapeuten. Met het gehele onderzoek ben ik bezig geweest van begin februari tot eind juni 2016.

Dit onderzoek was een grote uitdaging, eerst wist ik niet waar ik moest beginnen met het zoeken van informatie en het contact zoeken met de doelgroep. Na veel inlezen kon ik eindelijk een heel mooi begin maken.

Toen ik eindelijk een idee had van hoe ik contact kon gaan zoeken, bleek het niet gemakkelijk om contact te krijgen met de doelgroep. Er zijn momenten geweest dat ik geen idee had waarom ik het nog probeerde, maar ik ben tevreden met het uiteindelijke resultaat. Ook ben ik erg tevreden met hoeveel ik heb geleerd van de gehele ervaring.

Ik wil graag mijn inhoudelijk begeleider, Janet Lieffering, bedanken voor de hulp en ondersteuning tijdens het afronden van het rapport.

Ook wil ik de opdrachtgever bedanken voor deze kans en ervaring waarbij ik veel heb mogen leren en Joop Burgerhout wil ik bedanken voor het leggen van het contact tussen de opdrachtgever en mijzelf.

Jorike Wollrabe

Nieuw-Vennep, 28 juni 2016Abstract

The board of the Dutch professional organization of hypnotherapists called NBVH believes their members could use more clientele and are wondering what components play a role in referring patients to hypnotherapists. They wanted this information gathered from general-practice based nurses specialized in mental health (in the report named POH-GGZ). These people work at doctors’ practices. They picked this target audience because their patients suffer from conditions hypnotherapists could offer their help to as well.

The goal of this study was to gather information about what motivates the target audience to be referring to hypnotherapists (or not). So we set up the following essential question to investigate: What components have an influence on referring patients to hypnotherapists according to general-practice based nurses specialized in mental health?

To be able to answer this essential question, a qualitative study had to be carried out. The reason for doing a qualitative study was that the client not only wanted to know if the target audience would or would not refer to hypnotherapists, but also the reason behind their choices.

In total 11 people were found willing to participate in the study. To get in touch with the participants phone calls were made to a lot of different doctors’ practices. The medical assistants on the other side of the phone shared an e-mail account where a mail had to be sent to. They would then forward that email to the person in question. When contact was set up, an appointment was made as soon as possible. The interviews took 20 minutes at most. All the information necessary was gathered in those 20 minutes. Every participant was asked exactly the same questions. The interviews were recorded for making transcripts later in the process of the study.

From these interviews it became clear what components play a role in referring to hypnotherapists. The most important component was the lack of knowledge. The participants stated they knew too little about hypnotherapy to be able to answer the questions. They did try the best they could with the information they had or said they didn’t know the answer to the question. Other components were that referring or not referring to a hypnotherapist depends on all the different people in the process. The general-practice based nurse specialized in mental health had to be comfortable with referring to a hypnotherapist, they had to have permission to refer to a hypnotherapist from the doctor because the doctor has the final responsibility for what happens with his patients and, last but not least, also the patient has to be comfortable with going.

A very important component was also that hypnotherapy, according to the target audience, has not been the subject of any evidence based research yet. For a few people of the target audience this is an issue. They are not able to explain to a patient or the doctor if hypnotherapy would work for a particular condition and in how many cases that it was proven successful.

Because it is very difficult to set up evidence based research on the short term, a few recommendations were made. The recommendations made are possible to start with on the short term. One recommendation is getting in touch with an organization like the Landelijke Vereniging POH-GGZ or the RINO. The RINO is a retraining center. It is suggested for these organizations to work together to organize an educational class about hypnotherapy. An other recommendation is to make it possible for every member of the NVBH to hire a cameraman. Together with the member the cameraman will create a short pitch-video. In this video the member, the hypnotherapist, will introduce him- or herself and will explain with what he or she is able to help with. This video will then be shared with a professional like a general-practice based nurse specialized in mental health or a doctor. There is one other recommendation and that one is about creating a website or folder, for the people joining the classes but also for patients. These websites and folders will explain the exact purpose of hypnotherapy and with what conditions hypnotherapy could help.

# Samenvatting

Het bestuur van de Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten gelooft dat haar leden meer patiënten zouden kunnen helpen en vragen zich af welke factoren een rol spelen bij het al dan niet doorverwijzen naar hypnotherapeuten. Voor deze informatie wilden ze graag dat Praktijkondersteuners Huisartsen – Geestelijke gezondheidszorg (in het vervolg POH-GGZ genoemd) bevraagd werden. Deze mensen werken in huisartsenpraktijken. De NBVH heeft voor deze doelgroep gekozen omdat de patiënten van POH-GGZ last kunnen hebben van aandoeningen waarbij hypnotherapie zou kunnen helpen.

Het doel van dit onderzoek was het verzamelen van informatie over de redenen van de doelgroep om wel of niet door te verwijzen naar een hypnotherapeut. Met dat doel in gedachte is de volgende probleemstelling opgesteld: Welke factoren spelen volgens POH-GGZ een rol in het al dan niet doorverwijzen naar een hypnotherapeut?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden heeft er een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden. De reden dat er voor een kwalitatief onderzoek gekozen is, is omdat de opdrachtgever niet alleen wilde weten of de doelgroep zou doorverwijzen of niet, maar ook de redenen daarvoor wilde weten.

In totaal zijn er elf respondenten bereid gevonden om deel te nemen aan het onderzoek. De interviews duurden tussen de 15 en 20 minuten. In die maximaal 20 minuten is het mogelijk geweest om alle informatie te verzamelen die nodig was.

Het werd duidelijk welke factoren een rol spelen bij het doorverwijzen naar een hypnotherapeut na het analyseren van de resultaten. Uit de resultaten is geconcludeerd dat er een tekort aan kennis is over hypnotherapie.

De respondenten gaven bij kennisvragen aan dat zij weinig wisten over hypnotherapie. Ze hebben hun best gedaan om de vragen te beantwoorden en anders gaven ze aan het antwoord niet te weten. Een andere factor is dat het ook belangrijk is dat alle betrokken partijen binnen een huisartsenpraktijk het er mee eens zijn dat er doorverwezen wordt naar een hypnotherapeut. De POH-GGZ moet zich er prettig bij voelen om een doorverwijzing te doen naar een hypnotherapeut, de huisarts moet het ermee eens zijn dat iemand wordt doorverwezen naar een hypnotherapeut want anders gebeurt het niet. Ook moet de patiënt zelf zich er goed bij voelen om te gaan. Een ander belangrijke factor was dat hypnotherapie, volgens de respondenten, nog niet onderdeel is geweest van een groot onderzoek waardoor het evidence based genoemd kan worden. Voor een aantal respondenten was dit erg belangrijk vanwege het feit dat zij moeten verantwoorden richting de huisarts en richting de patiënt waarom zij denken dat het goed zou zijn voor de patiënt. Dit is lastig omdat er bij de respondenten nog niet expliciet bekend is voor welke aandoeningen hypnotherapie werkt.

Omdat het erg ingewikkeld is een groot onderzoek (evidence based) op te zetten op de korte termijn, worden er aanbevelingen gedaan die wel op de korte termijn opgepakt kunnen worden. Er wordt aangeraden contact op te nemen met verschillende organisaties, waaronder de Landelijke Vereniging POH-GGZ en bijscholingsinstituut RINO. Vervolgens kunnen er voorstellen gedaan worden richting deze organisaties over het geven van lezingen of voorlichtingen over het vak hypnotherapie.

Een andere aanbeveling is het beschikbaar stellen van een cameraman voor alle leden van de NBVH. Door middel van het maken van een pitch-filmpje kunnen zij zich voorstellen en uitleg geven over wat hypnotherapie is en wat zij kunnen betekenen. De leden kunnen vervolgens zelf het filmpje gaan delen via email of een website om zichzelf voor te stellen.

Er wordt nog een aanbeveling gedaan, namelijk het maken van een website en/of folder. Deze website/folder kan informatie verstrekken aan alle deelnemers van eventuele voorlichtingen via LV POH-GGZ of RINO, maar ook voor patiënten. In de website/folder zal veel informatie opgenomen kunnen worden over het vak, welke aandoeningen baat hebben bij hypnose en alles wat men dient te weten over hypnotherapie.

# Inhoudsopgave

# Lijst met afkortingen 7

# Begrippenlijst 7

**Hoofdstuk 1 – Inleiding 8**

1.1 Opdrachtgever8

1.2 Achtergrond en aanleiding 8

1.3 Leeswijzer 8

**Hoofdstuk 2 – Probleem/doelstelling 10**

2.1 Probleemstelling10

2.2. Doelstelling 10

**Hoofdstuk 3 – Theoretisch kader 11**

3.1 POH-GGZ 11

3.1.1 Opleiding 11

3.1.2 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden doorverwijzen 12

3.1.3 Werkwijze 12

3.1.4 Huisarts 12

3.1.5 Doorverwijsrichtlijnen 12

3.1.6 Vergoedingen alternatieve geneeswijzen 13

3.2 Hypnose 13

3.2.1 Geschiedenis 15

3.2.2 Attitude tegenover hypnose – geschiedenis 15

3.2.3 Attitude tegenover hypnose – recente onderzoeken 17

3.2.4 Hypnotherapie en de hypnotherapeut 18

3.2.4.1 Technieken 18

3.2.4.2 Aandoeningen gebaat bij hypnotherapie 19

3.3 Evidence based medicine19

3.4 Theorie van Gepland Gedrag 20

3.5 Deelvragen 21

**Hoofdstuk 4 – Onderzoeksmethode 22**

4.1 Onderzoeksfunctie22

4.2 Kwalitatief onderzoek 22

4.3 Open interview en halfgestructureerd 22

4.4 Onderzoekspopulatie 22

4.5 Dataverzameling en analyse 23

4.6 Validiteit en betrouwbaarheid 23

4.7 Privacy 23

4.8 Materialen 23

**Hoofdstuk 5 – Resultaten 25**

5.1 Beantwoorden deelvragen 25

**Hoofdstuk 6 – Conclusie 29**

**Hoofdstuk 7 – Discussie 32**

**Hoofdstuk 8 – Aanbevelingen en implementatieplan 34**

**Hoofdstuk 9 – Literatuurlijst 39**

**Hoofdstuk 10 – Bijlagen 42**

# Lijst met afkortingen

**NBVH -** Nederlandse Beroepsvereniging voor Hypnotherapeuten

**GGZ -** Geestelijke gezondheidszorg

**POH-GGZ -** Praktijkondersteuners Geestelijke gezondheidszorg

**NVVH -** Nederlandse Vereniging voor hypnose

# Begrippenlijst

**Generalistische basis GGZ (rijksoverheid, zd) -** Een behandeling binnen de Basis GGZ kan bestaan uit gesprekken met bijvoorbeeld een psycholoog of psychotherapeut. Of een internetbehandeling (e-health).

**Gespecialiseerde GGZ (rijksoverheid, zd) -** Bij zwaardere psychische problemen verwijst de huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts door naar de gespecialiseerde GGZ. Bijvoorbeeld bij ADHD of een angststoornis. Mensen met zware, ingewikkelde psychische aandoeningen worden nog vaak opgenomen in een psychiatrische instelling (GGZ-instelling).

**Eerstelijns GGZ (Psycholoog-en-praktijk, 2014):**

* behandelt **lichte en milde** psychische klachten;
* geeft **kortdurende zorg**; binnen 5 tot 8 sessies is de behandeling meestal afgerond;
* is een(basis)-psycholoog (NIP), GZ-psycholoog (BIG) of Registerpsycholoog (BIG) werkend in de **eerste lijn**;
* wordt volledig vergoed met uitzondering van het eigen risico;
* werkt alleen **met een verwijzing** van de huisarts.

**Tweedelijns GGZ (Psycholoog-en-praktijk, 2014):**

* behandelt **zware of specialistische** psychische problematiek;
* is een psycholoog, GZ-psycholoog, registerpsycholoog of psychotherapeut met een **BIG-registratie**;
* wordt volledig vergoed;
* werkt alleen **met een verwijzing** van de huisarts.

**BIG-registratie -** De BIG registratie is voortgekomen uit de Wet-BIG. Dat is de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Een BIG registratie geeft aan dat iemand bevoegd is als zorgverlener.

**DSM -** Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. De DSM is een internationaal gebruikte classificatielijst voor psychiatrische aandoeningen.

# Hoofdstuk 1 – Inleiding

Iedereen heeft wel eens gehoord van hypnose. Het is daarom niet ondenkbaar dat er veel verschillende meningen over zijn. Er is een aantal hypnotiseurs bekend in Nederland zoals Rasti Rostelli, Rinke Jacobs en Jos Claus. Deze mannen hebben alle drie veel shows gehouden waarin ze hun krachten demonstreerden. Rasti Rostelli liet een groep mannen geloven dat ze aan het bevallen waren en Jos Claus liet een groep studenten geloven dat zij aan het racen waren in een Ferrari. Rinke Jacobs liet in het tweede seizoen van ‘De Nieuwe Uri Geller’ de Nederlandse zanger Wesley Klein de tekst vergeten van zijn eigen nummer. Het is alsof de gehypnotiseerde mensen geen controle lijken te hebben. Het is daarom niet ondenkbaar dat mensen in het algemeen wat angstig op dit soort filmpjes, shows en dus op hypnose zullen reageren.

# 1.1 Opdrachtgever

De Nederlandse Beroepsvereniging voor Hypnotherapeuten (NBVH) is in het jaar 1992 opgericht door het samengaan van de Vereniging voor Educatieve en Therapeutische Hypnose (VETH) en het Nederlands Genootschap voor Hypnotherapeuten (NGVH). De VETH is opgericht in 1978 en de NGVH in 1987. Deze twee verenigingen wilden graag de krachten bundelen. De NBVH is de oudste en grootste belangenorganisatie van dit vakgebied in Nederland.

De mensen die lid zijn van de grootste non-profit beroepsvereniging van hypnotherapeuten zijn allen opgeleid op Hbo-niveau of hoger en voldoen daarmee aan één van een aantal strenge eisen van de NBVH. Elk jaar wordt de licentie na controle vernieuwd (NBVH, 2015). Er zijn op dit moment meer dan 400 leden aangesloten bij de NBVH.

# 1.2 Achtergrond en aanleiding

De NBVH ziet hypnotherapie als een therapie waar veel mensen nog baat bij zouden kunnen hebben.

Hypnotherapeuten van de NBVH zijn op het moment grotendeels afhankelijk van doorverwijzingen. Zij willen graag te weten komen of de mogelijkheid bestaat om meer doorverwijzingen te krijgen vanuit de reguliere zorg, namelijk via een praktijkondersteuner voor geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ).

Het bestuur van de NBVH zou graag een nauwere samenwerking zien met personen uit de reguliere zorg. Het bestuur is erg benieuwd naar meningen van POH-GGZ over hun alternatieve behandelingen en of zij eventueel patiënten zouden adviseren om contact op te nemen met leden van de NBVH. Er is gekozen voor de doelgroep POH-GGZ omdat zij veel te maken hebben met patiënten die klachten hebben waarbij hypnotherapie zou kunnen helpen en/of ondersteunen.

De opdrachtgever wil graag meer weten over de beweegreden van een POH-GGZ om wel of niet door te verwijzen naar hypnotherapeuten en heeft mij gevraagd hier onderzoek naar te doen. Deze kans wil ik graag actief aanpakken en een bruikbaar antwoord en oplossing vinden voor de NBVH.

Dankzij de kennis die in dit onderzoek wordt opgedaan zou de opdrachtgever handreikingen kunnen ontwikkelen om de POH-GGZ in de toekomst op een manier te benaderen die voor beide groepen werkt. De NBVH wil uiteindelijk bereiken dat POH-GGZ vaker cliënten die hier baat bij zouden kunnen hebben, doorverwijst naar hypnotherapeuten.

# 1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de probleemstelling en de doelstellingen weergegeven. Vervolgens staat in hoofdstuk 3 theorie beschreven die relevant is voor het onderzoek. In dat hoofdstuk worden onder andere onderwerpen besproken als hypnose en de geschiedenis daarvan, POH-GGZ en de verantwoordelijkheden die bij het vak komen kijken. Hoe het onderzoek tot stand is gekomen en hoe alles verlopen is, staat uitgelegd in hoofdstuk 4. Vervolgens worden alle resultaten weergegeven in hoofdstuk 5 waarna in hoofdstuk 6 de conclusies zijn opgesteld. Alles wat een volgende keer beter anders gedaan kan worden staat uitgelegd in hoofdstuk 7, in dat hoofdstuk staan overigens ook een aantal positieve terugblikken. De aanbevelingen die gedaan worden aan de opdrachtgever staan opgenomen in hoofdstuk 8. Alle bronnen die zijn geraadpleegd en de bijlagen zijn te vinden in hoofdstuk 9 en 10.

# Hoofdstuk 2 – Probleemstelling en doelstelling

# 2.1 Probleemstelling

*Probleemstelling*

De probleemstelling is als volgt opgesteld: Welke factoren spelen bij de POH-GGZ een rol bij het al dan niet doorverwijzen naar hypnotherapeuten?

# 2.2 Doelstelling

*Algemene doelstelling:*

De opdrachtgever wil graag meer weten over de beweegredenen van POH-GGZ om wel of niet door te verwijzen naar een hypnotherapeut. De opdracht is een onderzoek te verrichten waaruit informatie over bepaalde beweegredenen van POH-GGZ komt aangaande het al dan niet doorverwijzen naar een hypnotherapeut.

*Voor de opdrachtgever:*

Inzicht krijgen in wat POH-GGZ stimuleert of belemmert om door te verwijzen naar een hypnotherapeut. Vervolgens wordt dit inzicht als middel gebruikt om manieren te ontwikkelen om het aantal doorverwijzingen te bevorderen.

*Voor het onderzoek:*

Informatie te verzamelen over beweegredenen van POH-GGZ om al dan niet door te verwijzen naar hypnotherapeuten. Dit is gedaan door de handleiding van Toegepaste Psychologie TPH48 te volgen en aan alle stappen te voldoen die staan voor de criteria die gesteld zijn voor praktijkgericht onderzoeken niveau 3.

*Voor de student:*

Aan het eind van het project voldaan te hebben aan de eisen die Hogeschool Leiden aan studenten Toegepaste Psychologie stelt voor het behalen van praktijkgericht onderzoeken op niveau 3.

# Hoofdstuk 3 – Theoretisch Kader

# 3.1 POH-GGZ

De functie Praktijkondersteuner voor Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) is in 2007 in het leven geroepen ter versterking van de eerstelijns-GGZ. Deze POH-GGZ verzorgt eerstelijns psychische en psychosociale hulp. De persoon die de functie van POH-GGZ bekleedt is werkzaam voor een huisarts of meerdere huisartsen in een huisartsenpraktijk. Het invoeren van deze functie haalt deels druk van de eerstelijns GGZ en vermindert hoge kosten die daarmee gepaard gaan. Per 1 januari 2008 is deze zorg namelijk opgenomen in de basiszorgverzekering en voor iedereen toegankelijk (ten Have, 2007).

In Nederland heeft ruim 43% van de volwassenen ooit last gehad van een psychische stoornis in zijn leven. De meest voorkomende stoornissen zijn angst, depressie en verslaving aan bepaalde middelen (Prins, 2012).

Een afspraak met een POH-GGZ valt onder de Basis GGZ, net als gesprekken met een psycholoog, psychotherapeut of psychiater (psycholoog-en-praktijk, 2014)

# 3.1.1 Opleiding

Een opleiding tot POH-GGZ kan door iedereen met een relevante afgeronde opleiding worden gevolgd. Relevant houdt in dit geval in dat de persoon al kennis heeft van de gezondheidszorg of psychische zorg. Er dient voor het starten van het programma al kennis opgedaan te zijn in het vak, zowel theoretische als praktische kennis.

Vanuit de volgende opleidingen kan men toegelaten worden tot de opleiding tot GGZ-POH:

* Universitaire Psychologie met relevante GGZ ervaring
* Verpleegkunde met differentiatie GGZ
* Sociaal Pedagogische Hulpverlening (Bachelor Social Work) met differentiatie GGZ of met 2 jaar GGZ ervaring
* Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (Bachelor Social Work) met differentiatie GGZ\* met 2 jaar GGZ ervaring
* Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige met certificaat POH-GGZ van erkende Hbo-opleiding
* Verpleegkundig Specialist GGZ
* HBO Psychologie met 2 jaar GGZ ervaring
* HBO B-Verpleegkunde met certificaat POH-GGZ van erkende Hbo-opleiding met 2 jaar relevante GGZ werkervaring + aanvullende opleiding en scholing tbv HBO werk- en denkniveau
* Orthopedagogiek met relevante GGZ ervaring

Een opleiding tot POH-GGZ is een post-HBO opleiding en de duur van de opleiding varieert, afhankelijk van het aantal college-uren per week. Er zijn opleiding beschikbaar die 2 maanden (HAN, 2016) duren en ook opleidingen die 9 maanden duren (Capabel hogeschool, 2016). Door het hele land zijn er locaties waar deze opleiding gevolgd kan worden (Inholland, 2016).

# 3.1.2Verantwoordelijkheden en bevoegdheden aangaande doorverwijzen

Een huisarts speelt een grote rol in het herkennen en doorverwijzen van patiënten met psychische problemen (Prins, 2012).

De huisarts bekijkt voorafgaand aan het doorverwijzen eerst een aantal factoren. Deze factoren zijn de omgeving van de patiënt, het zelfmanagement van de patiënt en de gevolgen van de klachten op het dagelijks leven (Bakker, 2013).

Gaat de huisarts er, aan de hand van de eerdergenoemde factoren, van uit dat de behandeling door een POH-GGZ voldoende zal zijn dan zal hij naar een POH-GGZ doorverwijzen. Zijn de factoren bij de patiënt erg negatief en verwacht hij dat de patiënt niet de zorg zal ontvangen bij een POH-GGZ die nodig is, dan stuurt hij de patiënt door naar een generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ (LHV, 2014).

# 3.1.3 Werkwijze POH-GGZ

Na doorverwijzing van de huisarts zal de POH-GGZ een intakegesprek voeren met de cliënt, en indien nodig, (diagnostische) tests afnemen. Doel van het intakegesprek is het probleem verhelderen en erachter komen welke gebeurtenis de klacht heeft veroorzaakt. De POH-GGZ stelt aan de hand van de uitkomsten van het intakegesprek een vervolgplan op. Dan bespreekt de POH-GGZ het vervolgplan met de patiënt en hij/zij begeleidt en ondersteunt de patiënt tijdens dit traject, wat in de meeste gevallen kortdurend is. Tijdens het volgen van een traject bij een POH-GGZ vinden doorgaans 7 tot 8 gesprekken plaats. Tijdens deze behandelingen richt de POH-GGZ zich er onder andere op dat de patiënt zijn zelfredzaamheid vergroot (LHV, 2014).

De POH-GGZ ondersteunt de huisarts in het verlenen van zorg aan patiënten met psychische of psychosociale problemen. Dat doet de POH-GGZ door ervoor te zorgen dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener terecht komt, daarmee onnodige verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ helpt te voorkomen en dus kostenbesparend te werk gaat. Tweedelijns-GGZ zorg is doorgaans kostbaarder dan eerstelijns-GGZ (ten Have, 2007).

**3.1.4 Huisarts**

De huisarts schrijft zelf verwijsbrieven uit voor afspraken bij specialisten en keurt de verwijsbrieven van de POH-GGZ. De huisarts blijft namelijk verantwoordelijk voor alle zorg in zijn praktijk.

Soms vraagt een zorgverzekeraar om een machtiging, in plaats van een verwijsbrief, in verband met het uitkeren van een vergoeding.

Voor andere zorgberoepen uit de eerste lijn, zoals een fysiotherapeut, een tandarts, verloskundige of alternatieve gezondheidszorger zijn geen verwijsbrieven nodig (Dolmans, 2007).

**3.1.5 Doorverwijsrichtlijnen POH-GGZ**  
Vanuit het ministerie van Volksgezondheid en Welzijn is er een doorverwijsmodel opgesteld voor de Basis GGZ. Deze lijst hoort gevolgd te worden door iedere POH-GGZ.

1. Vermoeden DSM stoornis; is er een vermoeden? Ja of Nee
2. Ernst problematiek; is het subklinisch, licht, matig of ernstig?
3. Risico; is er een laag, middel of hoog risico voor de patiënt zelf of zijn directe omgeving?
4. Complexiteit; is er sprake van een enkele stoornis of comorbiditeit? Is dat laag of hoog? (meerdere stoornissen aanwezig bij één patiënt)
5. Beloop klachten; zijn de klachten er pas kort, lang? Zijn de klachten er af en toe of is het chronisch? Zijn de klachten stabiel of wordt het af en toe erger of minder? (instabiel)

**3.1.6 Vergoedingen alternatieve geneeswijzen**

Hypnotherapie valt bij veel verzekeringen onder alternatieve geneeswijzen. Samen met veel andere geneeswijzen wordt het deels tot volledig vergoed tot een bepaald bedrag vaak ook met een maximaal bedrag per behandeling. Men dient wel een aanvullende verzekering te hebben opgenomen in het pakket.

Een aantal andere geneeswijzen die ook hierin zijn opgenomen zijn:

* Acupunctuur
* Haptotherapie
* Homeopathie
* Natuurgeneeskunde
* Orthomoleculaire geneeskunde
* Regressietherapie

Niet alles wordt door elke zorgverzekeraar vergoed, maar de meeste zorgverzekeraars zorgen voor een vergoeding van 80% tot 100% tot een maximum bedrag. Het laagste maximumbedrag bij een zorgverzekeraar is 200 euro. Per behandeling kan er ook nog een maximum bedrag vergoed worden, deze bedragen lopen van 25 tot 50 euro (zorgwijzer, 2016). Er bestaat dus een kans dat men een deel van de rekening zelf moet betalen.

# 3.2 Hypnose

Hypnose is afgeleid van het Griekse woord ‘hypnos’. Dit betekent slaap, al is er tijdens hypnose geen sprake van slaap. De hersenactiviteit is wel een stuk minder tijdens hypnose dan normaal (NVVH, 2016).

Hypnose is een staat van veranderd bewustzijn (NVVH, 2016). Een ieder heeft een moment van dit veranderd bewustzijn wel eens meegemaakt. Een dergelijk moment kan zijn geweest tijdens het autorijden. Tijdens het autorijden op stukken waar iemand de weg goed kent of langere rechte stukken rijdt gaat deze persoon op de ‘automatische piloot’. Vervolgens gebeurt er iets onverwachts, iemand voor de auto trapt op zijn rem en de persoon schrikt ‘wakker’. Het is ook te vergelijken met het kijken naar een spannende film waar iemand helemaal in opgaat.

Bij gebruik van hypnose is er een directe toegang tot het onderbewustzijn (Gwinn, 1990). Denkbeelden, overtuigingen en emoties die negatief en ongewenst zijn kunnen van daaruit worden aangepast naar een gedachte waarmee beter om te gaan is (Gwinn, 1990). Zo zou het bijvoorbeeld kunnen dat iemand angst heeft voor autorijden of hoogtes. Door de keuze te maken om naar een hypnotherapeut te gaan en daar in deze vorm van bewustzijn te stappen, geeft de persoon in kwestie de hypnotherapeut de kans te helpen om de overtuiging over hoogtes of autorijden aan te passen. Hierbij wordt: “Ik ben extreem bang voor hoogtes”, mogelijk aangepast tot “Het is gezond om bang te zijn voor hoogtes, maar het is helemaal niet eng”. Hypnose maakt gebruik van verschillende ontspanningstechnieken en het voorstellingsvermogen, zoals in bijvoorbeeld een dagdroom.

*Hersengolven*

Door ontspanningsoefeningen is het mogelijk voor een persoon om in hypnose te raken. Zodra een persoon in hypnose is, zullen de hersengolven op de Thèta frequentie zijn. Thèta golven zijn geassocieerd met trance, dagdromen en heel ontspannen zijn. In deze staat is het onderbewustzijn heel gevoelig voor suggestie. Hypnose werkt dus wanneer de patiënt erg rustig is en zijn hersengolven op de Thètafrequentie zitten (Peliari, 2009).

Aan de hand van EEG’s (elektro-encefalogram) wordt er sinds de jaren 60 een onderscheid gemaakt tussen vier verschillende hersengolven. Hersengolven worden weergegeven in Hertz (Hz) en gemeten door het aantal trillingen per seconde.

|  |  |
| --- | --- |
| Soort hersengolf | Frequentie |
| *Bèta* | *14-60 Hz* |
| *Alfa* | *7/8-14 Hz* |
| *Thèta* | *4 – 7/8* |
| *Delta* | *0,5-4* |

Thèta en Delta golven zijn twee soorten hersengolven die veelal voorkomen tijdens de slaap. Echter kunnen deze hersengolven ook worden geconstateerd bij mensen die mediteren of in trance zijn (de Vries, 2012).

# 3.2.1 Geschiedenis

De eerste keer dat volgens velen hypnose op patiënten werd gebruikt, was in de 18e eeuw door Franz Mesmer (1734-1815). Al duizenden jaren werd hypnose gebruikt maar Mesmer was de eerste persoon die een wetenschappelijke uitleg zocht voor hypnose. Mesmer noemde het een occulte kracht (dierlijk magnetisme) die hij overbracht naar zijn patiënten. Hij deed dit door bepaalde handbewegingen te maken naar de patiënt, zonder de patiënt aan te raken. Door deze handbewegingen zou hij een onzichtbare vloeistof projecteren op de patiënten. Patiënten gaven dan aan ongewilde spierbewegingen te maken en energie te voelen vloeien. Jaren later is naar deze theorie van Mesmer nogmaals onderzoek gedaan, veel van wat patiënten leken te voelden bleek te danken aan autosuggestie (Darnton, 1988).

Midden in de 19e eeuw deed James Braid (1795-1860) onderzoek naar wat Mesmer ‘mesmerisme’ noemde en deze kwam erachter dat het weinig te maken had met hypnose.

Volgens Braid was de focus op een klein verlicht object genoeg om een persoon richting de veranderde staat van bewustzijn te krijgen (history of hypnosis, 2012). Hij wordt ook wel de vader van hypnose genoemd (history of hypnosis, 2012). Onder andere James Braid heeft door zijn onderzoek geholpen om hypnose wetenschappelijk te verantwoorden. Deels door zijn en dankzij veel andere onderzoeken is hypnose een belangrijk onderdeel geweest van het leren over het (onder)bewustzijn en de ontwikkeling van psychologie (Waterfield, 2004).

In het jaar 1880 kreeg hypnose veel aandacht van wetenschappers (Gwinn, 1990).

Rond die tijd was het Sigmund Freud (1856-1939) die bij een bezoek aan Frankrijk hypnose had leren kennen. Hij heeft vervolgens de technieken ook in zijn thuisland Oostenrijk toegepast bij zijn patiënten. Hij paste het onder andere toe om hen gebeurtenissen te helpen herinneren die zij vergeten waren of weggestopt hadden (Gwinn, 1990). Dat deed hij om ze vervolgens te helpen deze herinneringen te kunnen verwerken. Freud heeft na een tijd werken met hypnose, hypnose verworpen. Samen met een aantal vakgenoten beweerde hij dat hypnose helemaal niet bestaat (Gwinn, 1990).

Hypnose is in het verleden al vele malen gebruikt in medische, psychiatrische, tandgerelateerde en psychologische werkvelden. Bij vrouwen werden door middel van hypnose de ongemakken bij een bevalling verminderd. Mannen die soldaat waren geweest en trauma’s hadden opgelopen werden door middel van hypnose geholpen deze trauma’s te overwinnen (Gwinn, 1990).

Nu is hypnose weliswaar niet meer de spil van onderzoek in de psychologie zoals dat het in de negentiende eeuw was, maar volgens veel psychologen heeft het veel waarde in de huidige wereld van geneeskunde (Waterfield, 2004).

# 3.2.2 Attitude tegenover hypnose – geschiedenis

Een aantal situaties is hieronder beschreven om een beeld te helpen vormen over verschillende redenen waarom hypnose populair werd of waarom er negatief over werd gesproken.

Hypnose heeft een fragiele reputatie. Voor velen heeft hypnose nog geen stevige ondergrond om op te kunnen blijven staan. Hypnose wordt soms gezien als grote onzin, mede door bijvoorbeeld toneelhypnose. Maar hoe vaak hypnose ook in twijfel wordt getrokken, hypnose blijft terugkomen (Gwinn, 1990).

Tussen de jaren 1820 en 1840 zijn er door verschillende artsen operaties uitgevoerd met behulp van hypnose. Niemand heeft meer operaties uitgevoerd zonder verdoving maar onder hypnose, dan James Esdaile. In het eerste jaar dat hij in India met behulp van hypnose werkte, heeft hij maar liefst meer dan 100 mensen geopereerd. Toen hij een aantal jaren later uiteindelijk India verliet, had hij duizenden mensen geopereerd. De operaties bestonden uit amputaties, het verwijderen van tumoren en het rechtzetten van gewrichten en botten. In medische kranten in India werd Esdaile voor een dwaas uitgemaakt omdat zijn patiënten hem in de maling zouden hebben genomen. Om hem een plezier te doen zouden zij naar verluidt gedaan hebben alsof zij geen pijn voelden. Hij heeft uiteindelijk India verlaten, grotendeels vanwege het feit dat hij verbitterd was dat zijn succesvolle werk niet werd geaccepteerd binnen de medische professie (Bliss, 1986).

Hypnose heeft zijn betere en slechtere periodes gekend in de afgelopen 200 jaar. Een aantal verschillende factoren heeft hier een rol in gespeeld. Zo is het voorgekomen dat er minder gebruik van werd gemaakt en minder over werd gesproken in tijden van oorlog. Ook werd er minder gebruik van gemaakt nadat medische verdovingsmiddelen uitgevonden waren en steeds vaker gebruikt werden tijdens behandelingen en operaties (Waterfield, 2004).

In de periodes dat hypnose populairder was, waren veel mensen bang dat er misbruik van hen zou kunnen worden gemaakt. Echter, als iemand onder hypnose een opdracht krijgt, zal deze opdracht niet uitgevoerd worden zodra het in conflict is met de persoonlijke waarden en principes van deze persoon. Dus bleek deze angst onterecht (Bliss, 1986).

De naam van hypnose verslechterde nadat het gebruik van hypnose gekoppeld werd aan het hiernamaals. In de 18e eeuw, in de tijd van Mesmer, en later ook, in de 19e eeuw, werd hypnose als iets religieus en spiritueels gezien.

Mediums beweerden dat zij door in een bepaalde staat te verkeren – dezelfde staat als waarin men verkeert als men onder hypnose is – konden communiceren met overledenen. Een groot deel van de christelijke gemeenschap is hier nog steeds van overtuigd, waardoor hypnose een negatieve reactie opwekt bij deze gemeenschap *(*Franzke, 2013).

|  |
| --- |
| Leviticus vers 19:31: *'Gij zult u niet keren tot de waarzeggers, en tot de duivelskunstenaars; zoekt hen niet, u met hen verontreinigende; Ik ben de Heere, uw God!’* |

Er waren niet alleen externe oorzaken, een interne oorzaak is bijvoorbeeld dat men bang werd van uitspraken van mensen die hypnose beoefenden. Zoals Mesmer met het dierlijk magnetisme werkte en daar zijn uitspraken over deed, zijn er meerdere hypnotiseurs geweest in het verleden die uitspraken over hypnose deden die veel mensen niet prettig vonden en niet accepteerden.

Wetenschappers in Europa en de Verenigde Staten hebben geprobeerd ervoor te zorgen dat positief over hypnose werd gesproken en probeerden het over te brengen zodat het meer gebruikt zou worden als therapie. Door de negatieve sfeer rondom het fenomeen is dit niet zo uitgepakt (Waterfield, 2004).

De onderzoeken beschreven in het volgende hoofdstuk maken duidelijk dat de informatievoorziening aangaande hypnose of hypnotherapie zodanig beperkt is dat men er weinig tot niets van weet. Ook lijkt uit deze onderzoeken te komen dat men hun mening baseert op de verkeerde informatie. Veel negatieve meningen over hypnose zijn gebaseerd op hypnose op televisie en toneel.

Men lijkt, volgens Molina (geciteerd in Gow, 2006), ook niet op zoek te gaan naar de correcte informatie.

Het lijkt er op dat op het moment over het algemeen niet bekend is in hoeveel gevallen hypnotherapie hulp zou kunnen bieden.

# 3.2.3 Attitude tegenover hypnose – recente onderzoeken

Professionele organisaties van hypnotherapeuten zouden volgens Kathryn M. Gow (2006) vaker positieve bijdragen van hypnose moeten gaan promoten, vooral bij de reguliere zorg.

Door slechte pers en fout “gebruik” van hypnose in series en films zijn de meningen over hypnose negatief.

Volgens verschillende onderzoeken in Engeland, Amerika en Australië zijn er veel misverstanden over hypnose. De grootste misvatting over hypnose, volgens het onderzoek, is de angst voor het mogelijk verliezen van de controle (Gow, 2006).

De meeste misverstanden zijn mede veroorzaakt door demonstraties van hypnose op het podium, in films en in andere media. Ruim 75% van de Westerse studenten claimen kennis te hebben opgedaan over hypnose via de televisie. Ook worden misvattingen betreffende hypnose overgebracht van de een op de andere persoon, ook wel negatieve mond-tot-mondreclame te noemen (Gow, 2006).

*Het woord “trance” schrikt af en controle is belangrijk*

Bij een onderzoek van Copafons (2000) uit Australië waren 110 deelnemers verdeeld in drie groepen. Er was een groep samengesteld die minimaal geïnformeerd werd van tevoren over wat er zou gaan gebeuren. Eén groep kreeg uitleg over de trancestaat waarin ze zouden komen en de laatste groep kreeg informatie over hypnose vanuit het oogpunt van de cognitieve gedragstherapie.

De minimale uitleg over hypnose zorgde deels voor tegenstand. Uit de groep waar de uitleg ging over de trancestaat waarin ze zouden gaan verkeren, waren de meeste afvallers. Maar liefst 33% viel af bij de trance groep tegenover 3% en 12% van de andere twee groepen. De uitleg vanuit de cognitieve gedragstherapie werd positiever ontvangen vergeleken met de andere twee groepen.

Het lijkt erop dat, volgens dit onderzoek, men het liefst benadrukt krijgt dat zij zelf de controle houden en geen marionet worden van de hypnotiseur. Ook is het belangrijk om te weten dat de hypnotiseur weet wat hij/zij doet en de correcte techniek gebruikt (Copafons, geciteerd in Gow, 2006).

*Positief over verkeerde informatie – kennis is niet optimaal*

José Antonio Molina en M. Elena Mendoza hebben een onderzoek gedaan in de Verenigde Staten van Amerika onder 869 psychotherapeuten. Het grootste deel van deze psychotherapeuten had een positieve houding tegenover hypnose, alleen bleek deze volgens het onderzoek gebaseerd te zijn op verkeerde ideeën over hypnose. Een voorbeeld van een verkeerd idee is het terughalen van herinneringen toen men baby of kleuter was of herinneringen aan ervaringen van vorige levens en dat deze herinneringen als waarheid konden worden aangenomen. Deze soorten therapieën kunnen worden gebruikt om onverwerkt verdriet van vroeger te verwerken, maar er dient te worden opgepast met het aannemen van deze herinneringen als de waarheid. Met dit soort therapieën is het onbewuste erg gevoelig voor suggesties (Molina, geciteerd in Gow, 2006).

*Effectieve therapie volgens psychologen*

In 1982 zijn er resultaten bekend gemaakt van een onderzoek onder Britse gezondheidsprofessionals. Voor dit onderzoek werden klinische en pedagogische psychologen geïnterviewd. Beide partijen waren er van overtuigd dat hypnose als een effectieve techniek kan worden beschouwd. Zeker bij behandelingen van emotionele problemen. Volgens hen helpt het zeer zeker ook bij het verkorten van trajecten en de effecten van behandelingen zijn na een lange tijd nog steeds te merken.

Beide partijen achtten zichzelf nog niet in staat om hypnose aan te kunnen bieden aan hun eigen cliënten maar waren wel van mening dat er meer trainingen voor professionals zoals psychologen en psychiaters mogelijk gemaakt zouden moeten worden (Gow, 2006).

# 3.2.4 Hypnotherapie en de hypnotherapeut

Hypnotherapie is het gebruik van hypnose tijdens een behandeling van een psychologisch of medisch probleem/stoornis (Eland, 2015).

De hypnotherapeut is de persoon die met behulp van hypnose mensen met een medisch/psychisch probleem probeert te helpen.

# 3.2.4.1 Technieken hypnotherapie

In een behandeling van een hypnotherapeut kunnen verschillenden technieken worden gebruikt. Hieronder vallen onder andere visualisaties, regressie/reïncarnatietherapie, NLP (Neuro Linguistic Programming), imaginatie en zelfhypnose (NBVH, 2015).

*Regressie/reïncarnatietherapie:*

Regressie gaat om herbeleving. Herbeleving kan therapeutisch werken. Men krijgt overzicht op de situatie, inzicht in de details van het moment en kan daardoor begrip ontwikkelen. Regressietherapie helpt met het zoeken naar de oorzaak van een probleem en lost deze op in plaats van het probleem achteraf proberen te verhelpen (ten Dam, 2013). Deze vorm van therapie staat op de negatieve lijst van het Zorginstituut Nederland (lees verder hieronder: NLP).

*Neuro linguïstisch programmeren:*

NLP is een vorm van psychotherapie waarbij allerlei vlakken aangepakt kunnen worden. Hieronder vallen bijvoorbeeld fobieën, depressie en negatieve gewoontes. Door te focussen op vormen van communicatie en het verbeteren daarvan, wordt ervoor gezorgd dat men zijn effectiviteit vergroot in zowel persoonlijke als zakelijke leven.

NLP is zo ontwikkeld over de jaren, dat men met behulp van NLP gedachtenstructuren kan aanleren, aanpassen of veranderen (Shah, 2001).

NLP is opgenomen in de negatieve lijst van het Zorginstituut Nederland en staat onder een kop waarin wordt gesteld dat de psychologische interventies daaronder *niet* voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk. De soorten zorg opgesomd onder dat kopje zullen vanuit de gezondheidszorg *niet* vergoed worden. De stand der wetenschap en praktijk is een samengesteld rapport aangaande eisen betreffende alle zorg in Nederland (Zorginstituut, 2015).

*Imaginatie:*

Imaginatie therapie gaat over het begeleid vormen van beelden. Deze therapie wordt soms ook toegepast onder hypnotische trance. Imaginatie therapie is het veranderen van beelden in het onderbewuste, om bijvoorbeeld traumatische of vervelende situaties te kunnen accepteren. Tijdens een behandeling wordt de situatie weer geschetst en gevormd naar een fantasie. Door bepaalde elementen in deze fantasie aan te passen en weer om te draaien naar realiteit, kan een patiënt de situatie beter leren accepteren dan voorheen (van der Sluijs, zd).

*Zelfhypnose:*

Volgens velen is hypnose zelfhypnose. In de hersenen blijft naast de stem van de hypnotiseur altijd nog de ‘eigen stem’ functioneren. Deze stem bepaalt welke suggesties gegeven door de hypnotiseur wel of niet wordt aangenomen als een eigen ervaring. In feite nemen dan de hersenen van de gehypnotiseerde het over van de hypnotiseur (Kelly & Kelly, 1986).

*Visualisatie:*

Deze therapie is te vergelijken met Imaginatie therapie. Zie: *Imaginatie.*

# 3.2.4.2 Aandoeningen die gebaat zouden zijn bij hypnose

o Afleren van ongewenst gedrag (Walbeek, 1984)  
o Angsten, fobieën (Gwinn, 1990)

o Bij een bevalling (Gwinn, 1990)  
o Burn-out (NBVH, 2015)  
o Concentratie- en geheugenproblemen (Walbeek, 1984)  
o Depressieve gevoelens (Gwinn, 1990)

o Eetstoornissen (Walbeek, J., 1984)  
o Emotionele uitbarstingen (NBVH, 2015)

o Inzicht krijgen in eigen mo­ge­lijkheden (NBVH, 2015)

o Migraine (Walbeek, J., 1984)  
o Nervositeit en spanning (NBVH, 2015)  
o Pijnklachten (Gwinn, 1990)  
o Psychosomatische klachten, bijvoorbeeld maag­- en darmklachten, hyperventileren (Gwinn, 1990)  
o Seksuele problemen (NBVH, 2015)  
o Slaapproblemen (Gwinn, 1990)  
o Stress (NBVH, 2015)  
o Trainen van vaardig­he­den (NBVH, 2015)  
o Traumaverwerking (Gwinn, 1990)  
o Versterken en/of ondersteunen van een genezingsproces (NBVH, 2015)

# 3.3 Evidence based medicine

Evidence based medicine (EBM) is sinds een aantal jaar nationaal en internationaal de standaard voor richtlijnontwikkelingen in de klinische praktijk. Dit houdt in dat aan de hand van EBM wordt beoordeeld of een bepaalde soort zorg voor een bepaalde aandoening of indicatie inderdaad effectief blijkt te zijn.

Het is het gebruik maken van huidig beschikbare resultaten van onderzoeken en studies, zoals observationeel onderzoek, om tot beslissingen te komen en door te sturen naar een bepaalde soort zorg die volgens onderzoek zal helpen bij een aandoening.

Het gaat er bij EBM niet alleen om dat een uitkomst van een interventie positief wordt beoordeeld, daarnaast kunnen ook andere soorten studies leiden tot een kwalificatie tot evidence based. Kwaliteit van leven verbeteren, pijn verminderen en mortaliteitscijfers zijn uitkomsten van zowel onderzoek als observationeel onderzoek en zijn meetstaven voor wel of niet effectief. Hypnotherapie valt hier nog niet onder (zorginstituut Nederland, 2015).

# 3.4 Theorie van Gepland Gedrag

Dit model wordt hier ingezet omdat het in dit onderzoek gaat om het verwijsgedrag wat men vertoont. Door de punten van het model in te vullen valt het gedrag te verklaren.

Volgens het model van Ajzen, dat gebaseerd is op een eerder model van Ajzen en Fishbein, is de Theorie van Gepland Gedrag een manier om te voorspellen welk gedrag zal worden uitgevoerd. Dit wordt gedaan door uit te vragen welke opvattingen (attitude) iemand heeft over een bepaald onderwerp, welke opvattingen hij/zij denkt dat andere mensen over dat onderwerp hebben en de inschatting van mogelijkheden die zij zelf hebben betreffende het onderwerp. Die factoren bepalen de intentie en uiteindelijk het gedrag wat vertoond wordt. De ervaren gedragscontrole is in directe connectie met het gedrag, want wanneer men kennis heeft van het eigen kunnen betreffende het onderwerp is de kans groter dat een bepaald gedrag zal worden uitgevoerd.

*Hieronder wordt het gedragverklarende model ingevuld:*

**Kennis** gebruik ik er graag bij in dit model. Het blijkt namelijk uit het theoretisch kader, dat veel mensen eigenlijk geen kennis hebben over hypnotherapie.

Ik geloof dat kennis een voorwaarde is voor attitude. Als een mens geen kennis ergens van heeft is het lastig om een mening te vormen. Ook blijkt uit het theoretisch kader dat een mening gebaseerd kan zijn op de verkeerde informatie.

Volgens een kort vooronderzoek dat ik heb gedaan naar de studie geneeskunde, blijkt uit het curriculum dat er nergens informatie gedeeld wordt over alternatieve geneeswijzen. Helaas waren er geen andere gerelateerde curricula beschikbaar voor inzage.

# Persoonlijke attitude – Concluderend uit het theoretisch kader kan er gezegd worden dat mensen in het algemeen erg voorzichtig zijn met het vormen van een mening over hypnose. Er blijkt vaak kritiek te zijn, vooral op de manier waarop het op tv of op toneel wordt uitgebeeld. Dit werkt het vormen van een positieve mening tegen omdat hypnose/hypnotherapie fout wordt afgebeeld. Een positieve attitude is nodig om tot een bepaald gedrag te komen (NISB, 2015)

**Ervaren sociale norm/invloed** – Vanuit de opleiding en vanuit de huisartsenpraktijk is er een protocol/richtlijn te volgen als het gaat om doorverwijzen. Het is de norm in de reguliere gezondheidszorg dat er naar evidence based therapieën doorverwezen wordt zoals eerder te lezen in het theoretisch kader. Het kan zijn dat men hierdoor tegengehouden wordt in het kijken naar andere mogelijk oplossingen. Het is ook mogelijk dat men niet van dit protocol durft af te wijken door angst voor kritiek van collega’s.

**Ervaren gedragscontrole** / eigen effectiviteit – De POH-GGZ werkt onder de huisarts en dient ook verantwoording af te leggen over doorverwijzingen. Dat blijkt uit het theoretisch kader. Uiteindelijk hoort de huisarts goedkeuring te geven over een doorverwijzing. Het kan zijn dat men hierdoor al niet probeert zelf stappen te nemen en mensen aan te raden een andere weg te kiezen dan de reguliere zorg.

De eigen effectiviteit wordt ingeschat gebaseerd op bepaalde overtuigingen en ervaringen. Als ervaringen omtrent alternatieve zorg er niet zijn of deze zijn negatief, is het moeilijker voor de persoon in te schatten of zijn/haar doorverwijzing wel verschil kan uitmaken.

**Barrières –** Zoals te lezen is in het theoretisch kader, verlopen de doorverwijzingen via de huisarts. En als de norm is om zich te houden aan het protocol, blijkt dat ook een drempel te zijn. Meer barrières zorgen voor een kleinere kans tot het uiteindelijk uitvoeren van het gedrag wat in dit geval gewenst zou zijn.

**Intentie –** De intentie kan er zijn, maar wordt niet doorgezet, onder andere door barrières.

**Gedrag –** Er wordt niet doorverwezen.

# 3.5 Deelvragen opgesteld naar aanleiding van theoretisch kader en het model

1. Welke attitude heeft de POH-GGZ ten opzichte van hypnotherapie?

2. In hoeverre speelt voor de POH-GGZ de mening van de sociale omgeving/norm een rol bij het al dan niet doorverwijzen naar een hypnotherapeut?

3. In hoeverre acht de POH-GGZ zich in staat om door te verwijzen naar een hypnotherapeut?

4. In hoeverre heeft de POH-GGZ de intentie om door te verwijzen naar een hypnotherapeut?

5. Wat heeft de POH-GGZ nodig om barrières op te heffen wanneer de intentie om door te verwijzen positief is?

6. Welke kennis heeft de POH-GGZ van hypnotherapie?

# Hoofdstuk 4 – Onderzoeksmethode

**4.1 Onderzoeksfunctie**

Het onderzoek heeft een beschrijvende functie. Het doel is te inventariseren welke factoren meespelen bij POH-GGZ om al dan niet door te verwijzen naar hypnotherapeuten.

**4.2 Kwalitatief onderzoek**

Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek, omdat er in dit geval ook kwalitatieve antwoorden gewenst zijn. De opdrachtgever is op zoek naar beweegredenen van deze doelgroep om al dan niet door te verwijzen naar hypnotherapeuten. Omdat het een onderwerp is wat voor velen tot de taboesfeer zou kunnen behoren, wordt er liever persoonlijk contact gezocht. Tijdens een gesprek kan er dieper op de antwoorden van de geïnterviewde ingegaan worden. Bij een enquête via het internet of een telefoongesprek is dat minder goed tot niet mogelijk.

**4.3 Open interview en halfgestructureerd**

Er is gekozen voor een open interview. Volgens Baarda gaat het in een open interview om een prettige gesprekssfeer en bij een halfgestructureerd interview om een paar vooraf bepaalde onderwerpen waar men stapsgewijs een lijstje met vragen afgaat (2001). Voor een interview als deze is gekozen omdat, voor de beantwoording van de deelvragen en de hoofdvraag, een topiclijst gebruikt is tijdens een interview. De topics zijn voortgekomen uit het theoretisch kader (topiclijst staat in bijlage 1).

Er is voor een halfgestructureerd interview gekozen omdat een aantal punten voor het onderzoek besproken moeten worden. Deze punten werden in een logische volgorde opgesteld om zo een topiclijst te vormen. Een lijst als deze bestaat uit onderwerpen en eventueel subonderwerpen die aan de orde horen te komen.

Eerst is er begonnen met een aantal gestructureerde vragen, betreffende opleiding, achtergrond enzovoort. Vervolgens worden de makkelijke vragen gesteld, nog niet te veel gericht op opinies maar met welke therapieën men al kennis heeft gemaakt. Op deze manier raken beide partijen gewend aan elkaar als gesprekspartner. Tijdens het gesprek leert de interviewer dus steeds beter inspelen op de geïnterviewde. Dankzij het wennen is het later in het interview mogelijk vragen te stellen die gaan over meningen over bepaalde opvattingen en onderwerpen (Baarda et al., 2001).

# 4.4 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie betreft POH-GGZ. Deze partij zou een rol kunnen gaan spelen in het doorverwijzen naar hypnotherapeuten. De NBVH is erg benieuwd naar hun mening over het al dan niet doorverwijzen naar hypnotherapeuten onder deze doelgroep. Veel klachten waarbij hypnotherapeuten kunnen ondersteunen, komen voor bij patiënten van een POH-GGZ.

Er is in eerste instantie begonnen met de sneeuwbalmethode. Als eerste is contact gezocht met mensen uit het eigen netwerk. Van daar uit is er contact gezocht met POH-GGZ uit het netwerk van de eerst geïnterviewde. Wanneer dat niet snel genoeg voldoende respondenten opleverde, is er ook contact gezocht met andere POH-GGZ. De groep respondenten bestaat uit zowel mannen als vrouwen. De respondenten zijn gevestigd in huisartsenpraktijken in Amsterdam, Haarlem en de Haarlemmermeer.

# 4.5 Dataverzameling- en analyse

Er is in eerste instantie contact gezocht met een POH-GGZ van een huisartsenpraktijk in Nieuw-Vennep. Wegens een korte afstand tot deze huisartsenpraktijk was daar de keuze op gevallen.

Na het interview te hebben gehad met deze POH-GGZ werd er contact gezocht met andere POH-GGZ. Korte interviews zijn gehouden met meerdere POH-GGZ. De gesprekken duurden ongeveer 15 tot 20 minuten. Deze tijd werd aangehouden omdat de POH-GGZ vaak afspraken heeft van die duur en het druk heeft.

Alle interviews zijn met toestemming opgenomen en werden vervolgens getranscribeerd om alle resultaten overzichtelijk uit te kunnen werken en te analyseren.

Alle gegevens van de interviews zijn geanalyseerd door middel van labelen. Na het maken van een transcript van elk interview is labelen een manier om efficiënt de antwoorden te vergelijken en te analyseren. Bij labelen wordt er begonnen met het schrappen van irrelevante informatie. Irrelevant houdt in dat die informatie niet van waarde is voor het beantwoorden van een deelvraag of de hoofdvraag.

Vervolgens werd de relevante informatie verdeeld in fragmenten. Elk fragment tekst kon meerdere labels krijgen. Zo was de informatie makkelijk terug te vinden en te vergelijken met informatie met hetzelfde label (Baarda et al., 2011).

*Proefinterview*

Het eerste interview wat gehouden werd, was een proefinterview. In dit interview werden alle vragen van de topiclijst gesteld. In het eerste interview werd duidelijk genoemd in welke mate er invloed was vanuit de huisarts en de omgeving voor wat betreft het doorverwijzen naar hypnotherapie. Dit werd opgenomen in de topiclijst.

In het eerste interview werd ook de opleiding genoemd, waardoor het ook voor volgende interviews in de topiclijst was opgenomen. Wellicht was er nog een verschil in mening te vinden tussen verschillende opleidingen. Dit was niet zo het geval, dus daarover is niks opgenomen in het rapport.

Ook werd er na het eerste interview nog een korte vraag toegevoegd. In het proefinterview werd direct gevraagd wat de mening van de POH-GGZ was over hypnose/hypnotherapie. Zij gaf direct aan er niet bekend mee te zijn.

De vraag die toegevoegd werd luidt: *“Bent u bekend met hypnose/hypnotherapie?”. ­*Dit zorgt voor een duidelijke verdeling van aantallen in hoeveel wel en niet bekend zijn met hypnose/hypnotherapie.

# 4.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Voorafgaand aan de interviews was er bewust de keuze gemaakt om vooraf nog niet duidelijk te maken waar het interview precies over zou gaan. Dit is gedaan om de uitkomsten valide te houden. Het kan voorkomen dat de respondent, voorafgaand aan het interview, informatie zal opzoeken over het onderwerp waardoor mogelijk sociaal wenselijke antwoorden gegeven zouden kunnen worden. Dit kon voor het onderzoek betekenen dat er foute conclusies getrokken konden worden.

Voor de interviews was er een topiclijst ontwikkeld met daarin vragen die gevraagd zouden worden aan de respondent. Deze topiclijst was gebaseerd op het theoretisch kader en ook op de deelvragen.

Om de betrouwbaarheid te waarborgen was de aanpak bij elke respondent hetzelfde en werden exact dezelfde vragen gesteld. Elk interview heeft in een soortgelijke setting plaatsgevonden. De interviews werden allemaal afgenomen in het kantoor van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk.

# 4.7 Privacy

In verband met privacy zijn de uitgewerkte interviews niet opgenomen worden in het rapport. Zodra het onderzoeksrapport is ingeleverd ter controle zullen de interviews, zowel opname als transcripten, vernietigd worden. In de rapporten zijn geen namen van de respondenten opgenomen. Dit is in overleg met de respondenten besloten.

# 4.8 Materialen

De volgende materialen zijn gebruikt voor de interviews.

- Ruimte

- Topiclijst met te bespreken onderwerpen/vragen

- Opname apparatuur

- Schrijfblok

- Pen

# Hoofdstuk 5 – Resultaten

De onderzoekspopulatie bestaat uit negen vrouwelijke POH-GGZ en twee mannelijke POH-GGZ, de leeftijd variërend van midden 20 tot eind 50. De POH-GGZ zijn gevestigd in huisartsenpraktijken in de Haarlemmermeer, Haarlem en Amsterdam. De opleidingen die door de respondenten zijn gevolgd zijn Sociaal Psychiatrische Verpleegkunde, Verpleegkunde, Psychologie, Psychiatrie, Geneeskunde en Maatschappelijke gezondheidszorg en Pedagogiek.

# 5.1 Beantwoording deelvragen

**Beantwoording deelvraag 1 – grafiek 9**

*1. Welke attitude heeft de POH-GGZ ten opzichte van hypnotherapie?*

De doelgroep is volgens grafiek 9 (in de bijlage) erg voorzichtig met het uitspreken van hun mening over hypnotherapie. Ze hebben aangegeven er te weinig kennis van te hebben om hun mening te geven. Drie van de respondenten hebben aangegeven er wel in te geloven en er positief tegenover te staan.

“Ik kan eigenlijk geen mening over hypnose hebben. Ik heb nog niet gemerkt dat het iemand geholpen heeft, ik weet dat het bestaat en ik weet dat sommige mensen er vertrouwen in hebben. Maar ik kan er eigenlijk niks over zeggen…”

“Door TV is het eigenlijk het meest bekend, en dan heb ik het idee dat we met zijn allen voor de gek gehouden worden.”

**Beantwoording deelvraag 2 – grafiek 10**

*2. In hoeverre speelt voor de POH-GGZ de mening van de sociale omgeving/norm een rol bij het al dan niet doorverwijzen naar een hypnotherapeut?*

In tien van de elf gevallen gelooft de respondent zeker dat deze zich op een negatieve manier beïnvloed zal voelen door de omgeving. Zes van deze tien respondenten geeft aan dat het doorverwijzen wellicht wel geaccepteerd zal worden mits zij hun keus voldoende hebben kunnen verantwoorden. Zij stellen dat de huisartsen in de huisartsenpraktijk voldoende vertrouwen hebben in hun keuzes.

Van de tien respondenten die worden beïnvloed zijn er vier zeker van dat er kritisch op gereageerd zal worden. Ze verwachten dat de huisarts of sociale omgeving er niet mee akkoord zal gaan.

“Wij werken onder de vlag van de huisarts dus als de huisarts er niks van moet hebben dan kunnen wij er ook niks mee doen..”

“De huisarts wil de verantwoording helemaal niet, want dan ligt de fout bij de praktijk.”

**Beantwoording deelvraag 3 – grafiek 11 & 7**

*3. In hoeverre acht de POH-GGZ zich in staat om door te verwijzen naar een hypnotherapeut?*

Acht van de elf respondenten achten zichzelf niet in staat om door te verwijzen naar een hypnotherapeut. Een aantal redenen die de respondenten ervoor gaven is dat zij nog onvoldoende kennis hebben over hypnotherapie. Zij zouden graag evidence based onderzoeken willen lezen om zichzelf er meer in te kunnen verdiepen.

Zij willen zelf geen verantwoordelijkheid dragen voor het verwijzen naar hypnotherapie en de eventuele gevolgen daarvan. Zij zijn namelijk niet bekend met de therapie en welk effect het op mensen kan hebben. Zij voelen zich dus ook niet de persoon die de voor- of nadelen van hypnotherapie met de patiënt kan delen.

Ook geven zij als reden aan dat zij helemaal niet kunnen doorverwijzen, hooguit adviseren. In de meeste gevallen is het ook de keus van de patiënt zelf. Veel patiënten die al in de alternatieve cirkels bekend zijn zullen eerder deze vorm van therapie voorstellen. Maar het is wel zo dat, voor het gaan naar een hypnotherapeut, er geen verwijsbrief nodig is omdat het volgens de respondenten niet opgenomen is in de zorgverzekering en dus niet vergoed wordt. De kosten zijn hoe dan ook voor de patiënt zelf.

“Ik kan zelf niet officieel doorverwijzen. Als mensen zelf met deze opties komen, dan is het wat mij betreft helemaal prima.”

**Beantwoording deelvraag 4 – grafiek 6**

*4. In hoeverre heeft de POH-GGZ de intentie om door te verwijzen naar een hypnotherapeut?*

“Als ik zeker zou weten dat het echt werkte, dan zou ik er zeker een paar gesprekken aan toewijden om een patiënt te motiveren een bezoekje te brengen!”

De meerderheid van de respondenten, namelijk zes, geven aan dat ze wel bereid zouden zijn om door te verwijzen. Hier gelden alleen nog wel alleen een aantal voorwaarden. De voorwaarden zullen genoemd worden in de beantwoording van deelvraag 5.

De vijf respondenten die hierbij overblijven zijn niet bereid om door te verwijzen. Omdat zij geen kennis hebben van de therapie, omdat de huisarts het er niet mee eens zal zijn, omdat zij de verantwoordelijkheid er niet voor willen hebben en omdat zij er vanuit gaan dat als iemand naar een hypnotherapeut zou willen gaan zij dat kunnen doen.

**Beantwoording deelvraag 5 – grafiek 8**

*5. Wat heeft de POH-GGZ nodig om barrières op te heffen wanneer de intentie om door te verwijzen positief is?*



In deze grafiek is duidelijk te zien aan welke factoren behoefte is om uiteindelijk wel te kunnen gaan doorverwijzen. De meeste respondenten geven aan veel baat te kunnen hebben bij kennis. Negen respondenten hebben aangegeven dat ze daar een duidelijk tekort aan hebben. Ook speelt het een grote rol als de therapie evidence based zou zijn. Dit betekent vervolgens dat er op grote schaal onderzoeken zouden moeten plaatsvinden en gebaseerd op verschillende aandoeningen.

“Of ik specifiek naar een hypnotherapeut zou doorverwijzen? Nee, nu niet. Dan zou ik er meer van moeten weten.. Of er zouden evidence based onderzoek in de vakbladen moeten komen te staan die ik lees.”

Vijf van de respondenten geven ook aan dat zij makkelijker zouden doorverwijzen als zij de therapeut zelf hebben leren kennen. Zij geven als punt aan dat zij dan zouden kunnen inschatten of een patiënt en de hypnotherapeut een klik zouden hebben. In een therapeutische setting en het geval dat er vaak persoonlijke verhalen gedeeld zullen worden is het cruciaal een vertrouwensband op te kunnen bouwen.

De meeste respondenten geven aan nog nooit van hypnose als therapie te hebben gehoord en hebben geen idee waar het voor zou kunnen werken. Vier van de respondenten geeft daarom aan dat het goed zou zijn als de hypnotherapeut of de vakvereniging haarzelf duidelijker op de markt zet.

Voor vier respondenten is het ook een eis dat de hypnotherapeut ook is opgeleid als psycholoog, psychotherapeut of dat deze een andere relevante opleiding heeft gevolgd. Dit wordt door hen gevraagd zodat zij zeker weten dat ze doorverwijzen naar een persoon die capabel is om met patiënten om te gaan met een bepaald ziektebeeld, ook zonder dat zij gebruik maken van hypnose. Als het dan fout mocht gaan kunnen zij inschatten wat voor ondersteuning een patiënt vervolgens nodig heeft.

“Ik heb nog nooit iemand gehoord die mij vertelde: ‘Nou, bij mij werkte het zo goed voor die of die aandoening!’. Dus ja, dan raak ik niet echt overtuigd en dan ga ik dus zeker niet verwijzen.”

Twee respondenten hebben gezegd dat ze ook graag ervaringsverhalen horen van patiënten die zelf zijn behandeld door een hypnotherapeut.

**Beantwoording deelvraag 6 – grafiek 1 & 4**

*6. Welke kennis heeft de POH-GGZ van hypnotherapie?*

Duidelijk uit de interviews wordt het dat vier van de respondenten vooraf kennis hadden van hypnotherapie.

Aan alle respondenten is de vraag gesteld waar zij dachten dat hypnotherapie bij zou helpen. Hierop dachten vier respondenten dat het zou kunnen helpen bij het verwerken van een traumatische ervaring. Enkelingen noemden nog dat het zou kunnen helpen bij bedplassen, bij een angststoornis, bij een burn-out, bij stress en bij negatieve gewoontes. Sommige mensen raken in een sleur, één respondent gelooft dat zulke mensen baat kunnen hebben bij een hypnotherapiesessie. Een respondent heeft ook gezegd dat het volgens haar zou kunnen helpen bij SOLK en volgens een ander kan hypnotherapie helpen als iemand behoefte heeft aan regressietherapie. Vier mensen zouden in geen enkel geval doorverwijzen naar een hypnotherapeut.

# Hoofdstuk 6 – Conclusie

“Ik zou sowieso eerder patiënten doorverwijzen die ervoor openstaan, die al bekender zijn met het alternatieve circuit. Ik zou het toch minder snel doen bij ‘gewone mensen’.”

**Conclusies deelvragen**

**Conclusie deelvraag 1**

*1. Welke attitude heeft de POH-GGZ ten opzichte van hypnotherapie?*

De respondenten hebben een neutrale tot een gematigd positieve attitude ten opzichte van hypnotherapie.

**Conclusie deelvraag 2**

*2. In hoeverre speelt voor de POH-GGZ de mening van de sociale omgeving‌/‌norm een rol bij het al dan niet doorverwijzen naar een hypnotherapeut?*

De mening van de huisarts speelt een grote rol, aangezien de huisarts uiteindelijk ook de doorverwijzing goed moet keuren. Het zal voor een aantal respondenten dus al niet in hun opkomen om door te verwijzen. Anderen zullen proberen de huisarts te overtuigen.

**Conclusie deelvraag 3**

*3. In hoeverre acht de POH-GGZ zich in staat om door te verwijzen naar een hypnotherapeut?*

Op dit moment acht geen van de respondenten zichzelf in staat om door te verwijzen naar hypnotherapie.

**Conclusie deelvraag 4**

*4. In hoeverre heeft de POH-GGZ de intentie om door te verwijzen naar een hypnotherapeut?*

Afhankelijk van de voorwaarden om barrières op te heffen opgesteld bij het antwoord op deelvraag 5, zijn de meeste respondenten zeker bereid om door te verwijzen naar hypnotherapie.

**Conclusie deelvraag 5**

*5. Wat heeft de POH-GGZ nodig om barrières op te heffen wanneer de intentie om door te verwijzen positief is?*

Kennis, evidence based onderzoek, persoonlijk contact worden het meest genoemd. Erkende opleidingen, Mastertitels zoals psycholoog of psychiater en verzekerde zorg zijn ook belangrijk. Vervolgens is het belangrijk dat de hypnotherapeuten zichzelf duidelijk op de markt zetten, zij ervaringsverhalen delen en vragen over vooroordelen kunnen beantwoorden.

**Conclusie deelvraag 6**

*6. Welke kennis heeft de POH-GGZ van hypnotherapie?*

Uit deelvraag 6 kan geconcludeerd worden dat men erg weinig kennis heeft van hypnotherapie.

**Beantwoording probleemstelling:**

# *Welke factoren spelen bij de POH-GGZ een rol bij het al dan niet doorverwijzen naar hypnotherapeuten?*

Uit het onderzoek blijkt dat er een aantal factoren een rol speelt bij het al dan niet doorverwijzen naar een hypnotherapeut. Omdat er in eerste instantie veel punten uitkwamen, zijn de factoren samengevat in clusters.

De belangrijkste en geclusterde factoren zijn:

* Gebrek aan kennis
* Protocol verwijzen
* Patiëntkenmerken en aandoeningen
* Bekendheid met therapeuten

De factoren kennis en protocol zullen uitgelicht worden omdat deze het meest naar voren kwamen.

**Gebrek aan kennis**

De factor die het duidelijkst naar voren komt is kennis. Het gebrek aan kennis bij de POH-GGZ is groot waardoor veel keuzes omtrent doorverwijzen nog niet gemaakt kunnen worden.

In een bepaalde mate komt de conclusie overeen met het theoretisch kader. De kennis is er niet en ook de correcte informatie betreffende hypnotherapie is nog niet optimaal. De respondenten hadden vrijwel allemaal maar één aandoening kunnen noemen waarvan zij dachten dat hypnotherapie bij zou kunnen helpen (zie bijlage 2, grafiek 4).

Ook de volgende punten kunnen worden geconcludeerd uit de resultaten:

1. POH-GGZ hebben onvoldoende kennis over hypnotherapie en waarbij het zou kunnen helpen.
2. Er hangt nog een taboesfeer omheen door het kennistekort.
3. POH-GGZ dient verantwoording af te leggen aan de patiënt en moet voldoende kennis hebben om dit te kunnen doen.
4. POH-GGZ moet kunnen verantwoorden aan de huisarts waarom hij/zij wil doorverwijzen naar een hypnotherapeut, maar heeft hier onvoldoende kennis voor.
5. Deze verantwoording kunnen ze alleen afleggen zodra zij kennis hebben van succesverhalen, ervaringsverhalen en onderzoeken.

**Korte terugkoppeling Theorie van Gepland Gedrag**

Wat hieruit ook te concluderen is dat kennis in dit geval de attitude beïnvloedt. Omdat men geen kennis heeft van hypnotherapie, wordt er ook geen attitude gevormd en kunnen er geen keuzes gemaakt worden omtrent het doorverwijzen. Dit houdt in dat de kennis aangepakt moet worden willen er veranderingen gemaakt worden in de attitude in het uiteindelijke doorverwijzen naar hypnotherapeuten vanuit POH-GGZ.

**Protocol verwijzen**

De POH-GGZ achten zich niet in staat om door te verwijzen. Dit komt door het protocol wat ze dienen te volgen. Het protocol bestaat uit een aantal doorverwijsrichtlijnen (ook opgenomen in het theoretisch kader). Dit protocol laat in feite niet toe dat er in bepaalde gevallen doorverwezen kan worden naar hypnotherapeuten of andere alternatieve zorg.

Er wordt dus alleen doorverwezen naar wat bewezen werkt bij een bepaalde aandoening.

Het protocol gaat in feite alleen om de specialisaties zoals bijvoorbeeld in het ziekenhuis. De keuze om naar een therapie zoals hypnotherapie te gaan wordt vooral gemaakt door een patiënt zelf.

*Relevantie*

Het onderzoek wat gedaan is, is relevant voor het bestuur van de NBVH maar ook voor alle leden van de vereniging.

Zodra beide partijen weten wat de stand van zaken is bij een aantal POH-GGZ, kan iedere hypnotherapeut zelf kiezen om daar wat mee te gaan doen.

De resultaten zijn aan de ene kant wel generaliseerbaar, omdat de POH-GGZ opgeleid zijn met een wetenschappelijke achtergrond. Tijdens de opleiding is er bij geen van allen hen iets geleerd over hypnotherapie.

Aan de andere kant, er zijn slechts 11 POH-GGZ geïnterviewd. Over de gehele POH-GGZ populatie kunnen deze conclusies niet getrokken worden. Wat ook meetelt is dat elke respondent andere patiënten krijgt en daardoor andere kennis opdoet.

# Hoofdstuk 7 – Discussie

* **Validiteit:** Voorafgaand aan de interviews is de keuze gemaakt om niet te melden waarover het interview exact zou gaan.

In plaats daarvan is gemeld dat het zou gaan over de mening die men heeft over een onderdeel van de complementaire zorg. Dit bleek een juiste keuze te zijn geweest. Tijdens een van de interviews vertelde een POH-GGZ dat ze liever van tevoren had geweten dat het over hypnose zou gaan. Dan had ze zich meer kunnen verdiepen in het onderwerp. Als dit het geval was geweest, hadden de antwoorden die ik verkregen zou hebben in dat interview, vertekend zijn en om diezelfde reden niet betrouwbaar. In dit geval is het juist belangrijk te weten te komen dat de POH-GGZ niets tot weinig weten. Zo kan mijn advies uiteindelijk luiden dat de POH-GGZ meer informatie nodig hebben en dat de NBVH daarvoor kan zorgen en dat zal dan dus correct zijn. Had zij van tevoren informatie gezocht over het onderwerp, zouden haar antwoorden anders zijn geweest en zou dus het advies wat ik zou geven op verkeerde resultaten gebaseerd zijn.

* **Topiclijst:** De vragen in de topiclijst blijken niet goed genoeg gericht op mensen die er niet positief tegenover staan. Bijvoorbeeld: als je zou doorverwijzen waar let je dan op en bij welke aandoeningen zou je doorverwijzen. De mensen die er negatief tegenover staan reageren hier ook liever niet op. Een volgende keer zou ik een andere aanpak proberen namelijk: *“Stelt u zich eens voor, u krijgt een patiënt op bezoek en bij welke klacht zou u nou kunnen denken: Deze persoon zou best eens baat kunnen hebben bij een sessie bij een hypnotherapeut?”.* Dit zorgt ervoor dat de respondent even zijn mening parkeert en de houding aanneemt van iemand die wel zou doorverwijzen naar een hypnotherapeut. Hierdoor kan de respondent antwoord geven op de vraag zoals hij bedoeld is. Mits de respondent weet waarbij hypnotherapie zou kunnen helpen.
* De vraag: “*Welke richtlijnen volg je?”*  in de topiclijst werd op meerdere manieren opgevat. Aan de ene kant werd de vraag over richtlijnen opgevat als de richtlijnen die vanuit het ministerie die opgevolgd dienen te worden. Andere respondenten vatten de vraag op als waar zij op zouden letten tijdens het doorverwijzen naar een hypnotherapeut. De vraag was bedoeld als in de tweede opvatting. Alleen zijn hierdoor dus wel twee verschillende antwoorden geweest op één vraag. Dus een volgende keer zal ik de vraag anders moeten stellen. Bijvoorbeeld: *“Vanuit de organisatie, bestaan er richtlijnen voor wat betreft doorverwijzen? Gelden deze richtlijnen dan ook voor een hypnotherapeut?”.* Dit voorkomt verwarring en houdt de antwoorden eenduidig.
* Omdat bij, zoals hierboven beschreven, de vragen: “*Welke richtlijnen volg je?”* en *“Waarop let je bij het doorverwijzen naar een hypnotherapeut?”* soms verkeerd werden opgevat, zorgde dat voor vrijwel dezelfde antwoorden. Een volgende keer is het goed om daar duidelijk onderscheid in te maken en de vraag aan te passen. De vraag die hier beter past is: “Mocht u ooit doorverwijzen naar een hypnotherapeut, welke eisen stelt u dan aan de therapeut?”
* **Werving:** De werving voor een kwalitatief onderzoek bij dezelfde doelgroep zou ik een volgende keer wel iets anders doen. Het blijkt geen zin te hebben om naar een huisartsenpraktijk te gaan en een direct telefoonnummer te vragen. Ik zou de huisartsenpraktijken blijven bellen om te vragen naar een e-mailadres of dat ik terug kan worden gebeld. Van daaruit kan de POH-GGZ dan zelf kiezen om te reageren en te participeren in het onderzoek. Zo ben je als onderzoeker ook gelijk op de hoogte of zij oprecht jou willen helpen. Een nadeel hiervan is dat je alleen de personen bereikt die positief tegenover het onderwerp staan en geen informatie krijgt van personen die er wellicht negatiever tegenover staan.
* **Manier van interviewen:** Voor een volgend onderzoek zou ik kunnen overwegen om de interviews via de telefoon af te nemen. Het bereik zal groter zijn, omdat ook POH-GGZ in andere provincies dan bereikbaar zijn. Er zitten echter wel voor en nadelen aan mijn aanpak en een mogelijke volgende aanpak:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * + Dit onderzoek: | | * + Volgend onderzoek: | |
| *Voor*: Persoonlijk contact en daardoor beter mening uitvragen  *Voor*: Lichaamstaal speelt een grote rol in een interview over mening  *Voor*: Makkelijk langsgaan in de directe omgeving | *Tegen*: Het is lastig een afspraak te maken  *Tegen*: Voordat je een afspraak hebt gaat er veel tijd overheen  *Tegen*: Omdat het lastig is een afspraak te maken, haken er meerdere mensen af | *Voor*: Als ik vanaf het begin af aan met telefonische interviews was begonnen, geloof ik dat ik meer respondenten had gehad – er is een drempel als je een afspraak wilt maken ivm de tijd die ze beschikbaar hebben  *Voor*: groter bereik door heel Nederland te kunnen bereiken  *Voor*: afstand tot de geïnterviewde kan zorgen voor een open houding tegenover het gespreksonderwerp | *Tegen*: afstand tot de geïnterviewde kan zorgen voor hele gesloten houding tegenover het gespreksonderwerp  *Tegen*: als de mogelijkheid bestaat heel Nederland te bereiken, wordt een kwalitatief onderzoek onhandig  *Tegen*: geen persoonlijk contact waardoor mening uitvragen wellicht lastiger gaat  *Tegen*: als de geïnterviewde niet te spreken is over het onderwerp of geen zin meer heeft is er de kans dat diegene ophangt |

# Ik geloof dat er zeker een verschil zal zijn in de openheid als het gaat om verschillende manieren van een interview aangaan. Ik zal blijven aanraden om persoonlijk contact te zoeken voor een onderzoek als deze. Het is toch belangrijk om de mening goed uitgevraagd te krijgen bij een kwalitatief onderzoek. Dit omdat je de persoon in het echt spreekt en ook de lichaamstaal of intonatie ziet en hoort kan je daar beter op in spelen.

* **ASE model:** Het gebruik van het model werkt en ook de deelvragen sluiten er goed bij aan. Het is alleen na het onderzoek duidelijk dat de vragen van de topiclijst nog specifieker opgesteld hadden moeten worden. De formulering van een aantal vragen had beter gekund, zoals eerder vermeld in de discussie.

# Hoofdstuk 8 – Aanbevelingen en implementatieplan

De aanbevelingen die in dit hoofdstuk worden gedaan zijn gebaseerd op de resultaten en de conclusies van dit onderzoek.

Kennis over hypnotherapie is op het moment niet aanwezig dus daar moet aandacht aan besteed worden. Alleen zal het verspreiden van kennis een langere tijd nodig hebben. Het is erg van belang dat de focus wordt gelegd op het vergroten van kennis. Het doorverwijzen zal er na enige tijd op kunnen volgen.

**Landelijke Vereniging POH-GGZ**

Ik raad de NBVH aan om contact te zoeken met de Landelijke Vereniging voor POH-GGZ. Via deze weg raad ik hen aan om een opening te zoeken naar een eventuele open avond / bespreking / lezing / voorlichting.

Er kan van uit gegaan worden dat niet iedere POH-GGZ hierin geïnteresseerd zal zijn in eerste instantie. Hier moet rekening mee gehouden worden. Informatie zal worden gedeeld op zo’n bijeenkomst, vragen beantwoord en contactgegevens uitgewisseld.

Bij zo’n bijeenkomst is het verstandig om een bepaald naslagwerk mee te geven aan de deelnemers/aanwezigen. Dat naslagwerk kan bijvoorbeeld een website of een folder zijn waarin staat waarbij hypnotherapie kan helpen, wat het is, de geschiedenis en waarin vooroordelen worden ontkracht. Een voorbeeld van het ontkrachten van een vooroordeel: *Ik vind hypnose eng omdat ik gehoord heb dat je dan alles doet wat de hypnotiseur maar wil, klopt dat? Nee, dat klopt niet, ten eerste wil een hypnotherapeut jou alleen maar helpen en zal daarom niet doen wat jij niet wil. Ten tweede, als jij onder hypnose een opdracht krijgt die jij écht niet uit wilt voeren, zal je dat ook niet doen.*

Op deze manier bestaat de kans dat de kennis zich langzamerhand naar andere partijen uitbreidt. Dit kan zich uitbreiden naar andere POH-GGZ, naar huisartsen maar ook naar patiënten.

**RINO**

Een andere optie is contact zoeken met het bijscholingsinstituut RINO. Gebruik eenzelfde aanpak, vraag of er de mogelijkheid is eens langs te komen voor een lezing, een voorlichting of een vergadering. Er bestaat altijd de optie om samen aan iets te werken. Aangezien hypnotherapie toch wordt vergoed in de zorgverzekering is het dan niet zorg dat ook de POH-GGZ de mogelijkheid hebben om hier voldoende kennis over te krijgen?

***Informatievoorziening: website / folders***

De NBVH kan een informerende website met aansluitende folders ontwikkelen voor POH-GGZ of het bijscholingsinstituut om hun voorlichting of lezing te ondersteunen.

Deze ontwikkelt de NBVH eventueel met behulp van een derde.

Deze website of folder heeft als doel de kennis te vergroten onder de twee groepen en is handig als naslagwerk na een bijeenkomst.

Op deze website kan men voldoende informatie vinden, bijvoorbeeld voordelen van de therapie en bij welke aandoeningen hypnotherapie het meest effectief blijkt volgens de NBVH. Ook kunnen succesverhalen van hypnotherapeuten worden geplaatst op de website. De folders worden tijdens bijeenkomsten uitgedeeld aan de deelnemers/aanwezigen en kunnen ook ingezet worden om POH-GGZ te informeren die hypnotherapeuten individueel willen benaderen.

***Stappenplan implementatie ‘Platform opzetten’***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Actie* | *Verantwoordelijke* | *Duur* | *Kosten* |
| Contact zoeken met LV POH-GGZ / RINO | Bestuur NBVH  (Of een commissie opgericht voor dit project) | 2 maanden |  |
| Overleggen met LV POH-GGZ / RINO – mogelijkheden bespreken | Bestuur NBVH  Commissie | 2 maanden |  |
| Na goedkeuring – datum afspreken en deelnemers uitnodigen | Bestuur NBVH & Commissie & Bestuur LV POH-GGZ of RINO | 1 maand |  |
| Voorbereidingen treffen & programma maken en locatie verzorgen | Bestuur NBVH & Commissie & Bestuur LV POH-GGZ of RINO | 2 maanden |  |
| *(Volgende acties kunnen in ieder geval al opgepakt worden, maar is afhankelijk van reactie LV POH-GGZ en RINO)* |  |  |  |
| Informatie zoeken | NBVH (/ eventuele hulp) | 2 weken |  |
| Ontwerpen website/folders | NBVH (/ eventuele hulp) | 2 weken |  |
| Laten drukken bij drukkerij | NBVH | 3 dagen | Afhankelijk drukker |
| Meenemen en uitdelen bij bijeenkomst | NBVH |  |  |

**Waarom zal dit werken?**

Het is het in elk geval waard om te proberen. Als het inderdaad een samenwerking oplevert is dat heel goed, voor een bijeenkomst nu maar ook voor in een later stadium. Mocht het niet werken, laat het in ieder geval zien dat de NBVH ambitieus is en graag hulp aanbiedt.

**Vervolg**

Er kunnen jaarlijks bijeenkomsten gepland worden, afhankelijk van het succes van een eerste poging tot een educatieve bijeenkomst. Dit zal als effect hebben dat mensen de bijeenkomsten zullen bezoeken, daarover mededelen richting collega’s en kennissen en zo interesse wekken onder andere mensen uit de doelgroep.

Het onderhouden van contact met de betrokken partijen is noodzakelijk om interesse in het onderwerp en de bijeenkomsten te houden.

**Film**

Na de conclusie getrokken te hebben uit de interviews dat de POH-GGZ niet zomaar tijd heeft voor elke persoon die langs zou willen komen, moet er een oplossing bedacht worden. Een oplossing hiervoor is het maken van een filmpje. Iedere hypnotherapeut zal zelf in het filmpje de hoofdrol kunnen spelen.

Door de NBVH wordt de mogelijkheid gecreëerd om voor een vaste prijs een cameraman in te huren voor het opnemen van een filmpje. Zelf kunnen zij dit natuurlijk ook (laten) doen, maar op deze manier wordt het idee geprikkeld. Van de hypnotherapeut wordt verwacht een pitch voorafgaand aan het filmen klaar te hebben.

Met dit filmpje wordt een frisse blik op het vak gecreëerd, krijgt de POH-GGZ of huisarts een goede indruk van de hypnotherapeut en krijgen zij direct kennis van wat deze hypnotherapeut doet en wat zijn/haar specialiteit is.

De NBVH regelt een overeenkomst met de cameraman. Er dient wel voor gezorgd te worden dat deze bereid is om zulke opdrachten uit te voeren en hiervoor dus ook te reizen door het land. De kosten hiervoor kunnen uiteraard opgenomen worden in de vaste prijs of worden in overleg met de hypnotherapeut zelf vastgesteld.

De NBVH stuurt een filmpje rond om deze mogelijkheid onder de hypnotherapeuten bekend te maken. Door zelf al een filmpje rond te sturen, zien de hypnotherapeuten zelf gelijk al hoe effectief een filmpje kan zijn. Een aantal voordelen zullen in het filmpje worden genoemd:

* “Kijk maar hoe dit filmpje bij jou aankomt!”
* “De kwaliteit van de film is hoog, waardoor het fijn is om te kijken.”
* “Zo’n filmpje van jou waarin je jezelf promoot, is voor een langere periode te gebruiken, misschien wel jaren.”
* “Je kan je in het filmpje voorstellen, vertellen wat je doet, kennis delen en vragen of je eens langs kunt komen voor een kennismaking om te bespreken wat je voor elkaar kunt betekenen. De persoon die het filmpje kijkt heeft gelijk een idee van wie jij bent en wij geloven dat de kans om dan uitgenodigd te worden, een stuk groter wordt dan bijvoorbeeld door alleen een mail.”

**Waarom zal dit werken?**

Door het op deze manier aan te pakken worden er tegelijkertijd een aantal factoren genoemd in de conclusies aangepakt. Er wordt aan het kennisgehalte bij de POH-GGZ gewerkt omdat de hypnotherapeuten in hun filmpje informatie opnemen over hypnotherapie en over wat zij doen. Door een filmpje van zichzelf te laten maken, maken ze het voorstellen persoonlijk wat makkelijker contact kan bewerkstelligen. Dit kan als gevolg hebben dat de hypnotherapeut uitgenodigd wordt voor een gesprek om kennis te maken. Op deze manier maakt het de POH-GGZ bewust over hypnotherapie en daarmee wordt de kans groter dat zij een aantal patiënten aanraden om langs te gaan.

**Mogelijke belemmeringen:**

*Hoe komen de hypnotherapeuten aan het emailadres van een POH-GGZ?*

Dit is te bereiken door de doktersassistente van een praktijk te bellen en erom te vragen of te vragen of zij de mail kan doorsturen naar de POH-GGZ in de praktijk. Ook zijn e-mailadressen soms te vinden op de website van de praktijk en anders is er nog de optie om ZZP POH-GGZ te zoeken.

*Hoe weten de hypnotherapeuten of de email wordt geopend?*

Dat weten ze niet. Ervaring leert dat niet alle mensen geïnteresseerd zullen zijn in wat je te vragen of te vertellen hebt, maar het scheelt dat als ze dat wel zijn ze ook erg nieuwsgierig zijn.

**Stappenplan implementatie “Stel je voor Filmpje”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Actie* | *Verantwoordelijke* | *Duur* | *Kosten* |
| 1. Cameraman/vrouw vinden die bereid is te filmen en te reizen door Nederland (of wellicht meerdere cameramannen /vrouwen na proefperiode) | NBVH | 2 weken |  |
| 1. Overeenkomsten opstellen voor cameraman en leden die afspraak aangaan | NBVH | 2 weken |  |
| 1. Filmpje maken voor inlichten leden van de NBVH (eventueel met hulp van Jorike Wollrabe) | NBVH | 1 week | Geschatte prijs voor 2/3 uur filmen 60 tot 100euro |
| 1. Filmpje verspreiden onder leden van de NBVH | NBVH | 2 dagen |  |
| 1. Communicatie tussen lid en cameraman wordt opgezet | Secretaris NBVH | Afhankelijk secretaris |  |
| 1. Betaling regelen tussen lid en cameraman (kan zowel direct aan cameraman, anders via NBVH maandelijks) | Cameraman | Afhankelijk van overeenkomst (voor of na opnames) |  |
| 1. Bewerken en sturen van filmpje aan lid | Cameraman | Afhankelijk van cameraman, liefst niet langer dan 2 weken |  |
| 1. Verspreiding van het filmpje bij POH-GGZ of andere instanties in de nabije omgeving | Hypnotherapeut | Afhankelijk hypnotherapeut |  |

Voordeel van dit stappenplan is dat er, behalve de kosten en de tijd voor het maken van het eigen filmpje, geen kosten aan verbonden zijn voor de NBVH. Het is een investering voor iedere hypnotherapeut zelf waarvoor de NBVH een opening geeft.

**Vervolg**

De NBVH heeft na een korte investering van tijd en geld nog maar een paar dingen te doen.

Het balletje moet gaan rollen. Bij een aanvraag van een lid zet de secretaris van de NBVH contact op tussen een lid en de cameraman. Contact verloopt verder via hen, met NBVH in de CC. Door een overeenkomst op te hebben gesteld voor de cameraman en het lid, zijn er duidelijke afspraken en verplichtingen tegenover elkaar. Dit is belangrijk als het gaat om de afspraken die gemaakt en nagekomen moeten worden en vervolgens als het gaat om de betaling aan de cameraman in goede orde te laten verlopen.

# Hoofdstuk 9 – Literatuurlijst

ADFS Stichting. *Psychotherapieën – overige therapieën*. Bekeken op 12 februari,

http://www.adfstichting.nl/Angst/Psychotherapie/Overigetherapi%C3%ABn.aspx

Baarda, D.B., & Goede, de, M.P.M. (2001). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. *Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek.* Groningen: Wolters-Noordhoff uitgevers

Bakker, P. (2013). *Generalistische Basis GGZ – verwijsmodel en productbeschrijvingen*. Bekeken op 31 maart, van https://www.nza.nl/‌104107/‌138040/‌HHM\_rapportage\_generalistische\_basis\_GGZ.pdf

BKV groep. (Z.D.) Functieomschrijving huisarts. Bekeken op 8 maart, van

https:/‌/vacaturesvoorartsen.nl/‌functieomschrijving/huisarts

# Bliss, E. (1986). *Multiple Personality, Allied Disorders, and Hypnosis.* Oxford: Oxford

# University Press

Brug, J., Assema van, P. & Lechner, L. (2012). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.

Buikes, R. (2013). Hypnose. Bekeken op 2 maart, van www.anbo.nl/sites/‌default/‌files/‌.../‌tekst\_hypnose\_thema\_ron\_buikes.do

Capabel hogeschool. (2016). *Post-HBO opleiding Praktijkondersteuner Huisartsen GGZ.* Bekeken op 14 april, via http://www.capabelhogeschool.nl/‌Post-HBO-opleiding-Praktijkondersteuner-Huisartsen-GGZ

ten Dam, H. (2013). *Catharsis, Integratie en Transformatie.* Utrecht: Tasso Uitgeverij

Darnton, R. (1988). *Mesmerisme en het einde van de Verlichting in Frankrijk.*

Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker

Dolmans, A. (2007). Werkprocessen in de huisartsenpraktijk. Bohn Stafleu

van Loghum

# Eland, J. (2015). *Wel hypnotherapie… geen hypnotherapeut.* Bekeken op 5 april, van https://hypnose.nl/

Franzke, R. (2013). Occult en licht, Hypnose. Bekeken op 4 maart, van

https://bijbelenonderwijs.nl/‌occult-en-licht/‌hypnose-2/‌‌

Gow, K. (2006). Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis, Vol 34(2),

Nov, 2006.

Gwinn, Robert P. (1990). *The New Encyclopædia Britannica. Volume 6. Fifteenth*

*edition.* Chicago: Encyclopaedia Britannica, Inc.

HAN. (2016). *Praktijkondersteuner GGZ eerste lijn.* Bekeken op 14 april, via

http://www.han.nl/werken-en-leren/studiekeuze/opleiding/‌praktijkondersteuner-ggz-eerstelijn/

History of Hypnosis (2012). *James Braid.* Bekeken op 12 februari, van

Http://www.historyofhypnosis.org/james-braid/‌

Inholland. (2016). *Praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ.* Bekeken op 14 april, via https://www.inholland.nl/academy/opleidingen/zorg-welzijn-en-publieke-

dienstverlening/zorg-en-samenleving/praktijkondersteuning-huisartsenzorg-ggz/

Kelly, S.F. & Kelly, R.J.(1986). Hypnose als therapie bij mentale en lichamelijke problemen. Rijswijk: Uitgeverij Elmar B.V.

NBVH (2015). Bekeken op 8 februari, van https://www.hypnotherapie.nl/

NBVH (2015). *Brandbrief voor minister Schippers*. Bekeken op 8 februari, van

https://leden.hypnotherapie.nl/wp-content/uploads/2016/01/Brandbrief-voor-minister- Schippers.pdf

NISB. (2015) *Beweeggedrag veranderen*. Bekeken op 12 februari, van

http://www.nisb.nl/weten/kennisgebieden/beweeggedrag-veranderen/bewust-kiezen/ase-model\_.html

Peliari, S. (2009). *The art of covert hypnosis.* Bekeken op 18 maart, van www.‌stevenpeliari.com

Prins, M., Verhaak, P., Smit, D., Verheij, R (2012). *De positie van eerstelijnspsycholoog in de eerstelijns-ggz*. Huisarts en wetenschap: 55(4), 146-150

Psycholoog-en-praktijk (2014). *Wat is Basis-GGZ?* Bekeken 5 april, van

http://www.psycholoog-en-praktijk.nl/zorgverzekering-2014/wat-is-basis-ggz/

Rijksoverheid. (zd). *Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.* https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/‌geestelijke-‌gezondheidszorg/‌inhoud/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz

Rýzl, M. (1974). *Buitenzintuiglijke waarneming.* Haarlem: J.H. Gottmer uitgeverij

Scheffers en Koeleman. (2016). *Wat is de DSM-IV?*. Bekeken op 20 juni, van

https://astare.nl/#!/vademecum/dsm-iv

van der Sluijs, M. (zd). Imaginatietherapie. Bekeken op 17 april, van http:/‌/‌www‌.‌psycho‌-‌consult.nl/imaginatietherapie.html

Shah, N. (2001). *Introducing NLP: A Practical Guide.* Londen: Icon Books Ltd.

ten Have, J.J.I.M. (2007). *Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn.* Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn

Universitaire bachelors (Z.D.). Bekeken op 7 maart, van

http://universitairebachelors.nl/faq/ik-wil-dokter-worden/

van Vliet, V. (2013). *PDCA Cyclus van William Edwards Deming*. Bekeken op 16

februari, van http://www.toolshero.nl/probleem-oplossen/pdca-cyclus-deming/

de Vries , M. (2012). *De hele olifant in beeld: Inzicht in het bestaan en de werking van Universele Wetten en de Gulden snede.* Utrecht: VBK Media

Walbeek, J. (1984). *Hypnose* *en hypnotherapie: een literatuuronderzoek*. Bekeken op 8 maart, van http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=91039

Waterfield, R. (2004). *Hidden depths: the story of hypnosis*. Abingdon: Routledge

Wilkinson, J.W. (2008). *Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces*. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.

Zorg en Zekerheid. Doorverwijzing huisarts. Bekeken op 15 februari, van

Https://www.zorgenzekerheid.nl/Consumenten/Verzekeren/Klantenservice/‌Veelgestelde-vragen/Declareren/Wanneer-heb-ik-een-doorverwijzing-van-mijn-huisarts-of-verloskundige-nodig.htm

Zorginstituut Nederland. (2015). *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk.* Bekeken op 14 juni van https://www.zorginstituutnederland.nl/‌binaries/‌content/‌documents/‌zinlwww/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2015/‌1501-beoordeling-stand-van-de-‌wetenschap-en-‌‌praktijk/Beoordeling+stand+‌van+de+‌wetenschap+‌en+‌praktijk.pdf

Zorginstituut Nederland. (2015). *Psychologische interventies binnen de GGZ.* Bekeken op 14 juni van https://www.zorginstituutnederland.nl/‌‌‌binaries/‌content/‌documents/‌‌zinl-www‌/pakket/‌zvw-kompas/geneeskundige-geestelijke-gezondheidszorg/‌‌wel-of-niet-verzekerde-zorg/‌wel-of-niet-verzekerde-zorg/wel-of-niet-verzekerde-zorg/zinl%3Aparagraph/zinl%3Adocuments/1502-‌psychologische-interventies-binnen-de-ggz/Psychologische+‌interventies+‌binnen+‌de+GGZ.pdf

**Hoofdstuk 10 – Bijlagen**

**Bijlage 1 Topiclijst**

TOPICLIJST

* Welke opleiding heeft u gevolgd?
* Met welke alternatieve zorg heeft u kennisgemaakt tijdens uw loopbaan?
* Op welke manier heeft u met die zorg kennisgemaakt?

Hypnose

* Bent u bekend met hypnose?
* Wat is uw mening over hypnose?
* Hoe komt u aan deze mening?

Doorverwijzen

* Welke richtlijnen hanteert u bij het doorverwijzen naar een hypnotherapeut?

Beweegredenen

* Wat vindt u belangrijk bij het doorverwijzen naar een hypnotherapeut?
  + (–Patiëntafhankelijk? –Ingeschreven bij? –Persoonlijk kennen?)
* In welke gevallen zou u kunnen overwegen door te verwijzen naar een hypnotherapeut?
* Op welke manier zou er vanuit uw sociale of werkomgeving gereageerd worden op het doorverwijzen naar een hypnotherapeut?

**Bijlage 2 – Alle resultaten in grafieken uitgebeeld**

Grafiek 1



Grafiek 2



Grafiek 3



Grafiek 4



Grafiek 5



Grafiek 6



Grafiek 7



Grafiek 8



Grafiek 9



Grafiek 10



Grafiek 11

