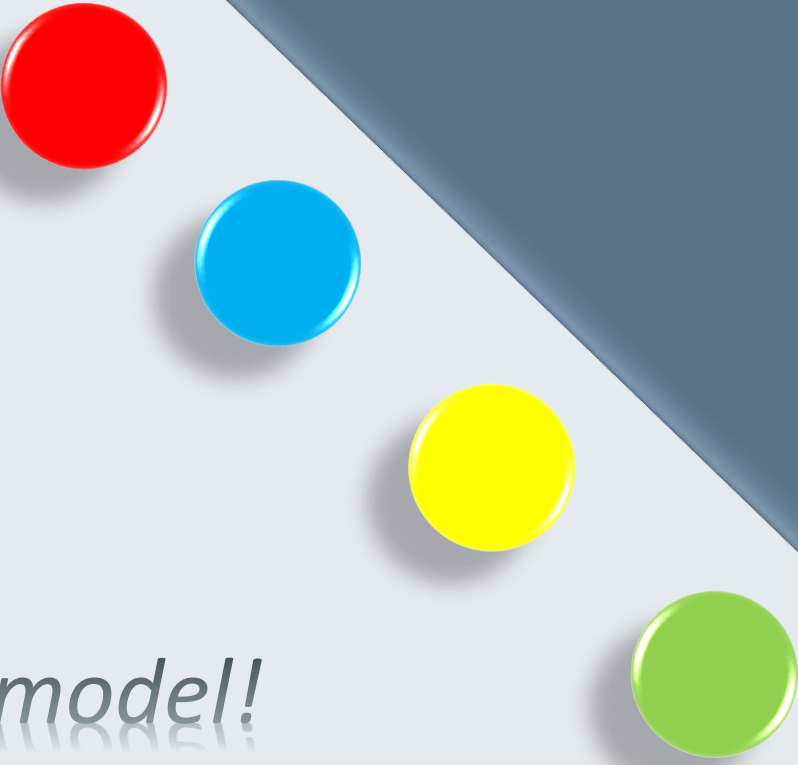




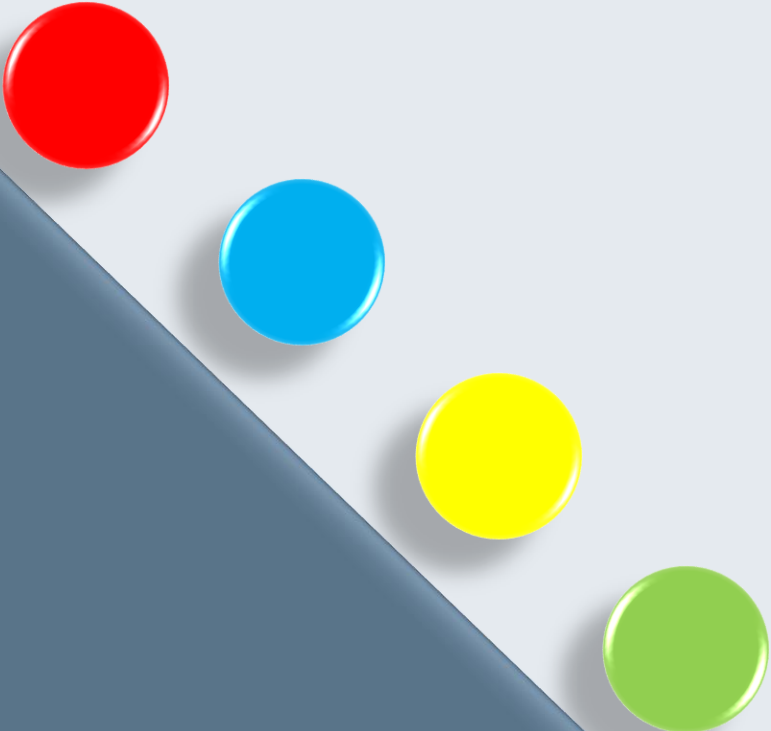
Het 4-bollen model! Een nieuwe tool voor de ergotherapie?

Mixed-method hanteerbaarheidsstudie naar de meerwaarde en hanteerbaarheid
van het 4-bollen model voor ergotherapeuten

Auteurs:

Lea Gnida
Timo Gouverne
Jelena Slowig
Jurn Veenstra

3-6-2019



**ZU
YD**

Het 4-bollen model!

Een nieuwe tool voor de ergotherapie?

Mixed-method hanteerbaarheidsstudie naar de meerwaarde en hanteerbaarheid van het 4-bollen model voor ergotherapeuten

Auteurs:

Lea Gnida
Timo Gouverne
Jelena Slowig
Jurn Veenstra

Begeleider:

Ellen Domhof

Opdrachtgever:

Stephanie von Helden-Lenzen

Zuyd Hogeschool
Opleiding ergotherapie

3 juni 2019

© 2019 Lea Gnida, Timo Gouverne, Jelena Slowig en Jurn Veenstra in samenwerking met Stephanie von Helden en Ellen Domhof.

Uit deze uitgave mogen geen gegevensbestanden worden opgeslagen of openbaar worden gemaakt, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de verantwoordelijke, hetzij de auteurs en Zuyd hogeschool.

Ergotherapie

**ZU
YD**

WOORD VOORAF

Voor u ligt de afstudeerscriptie “de meerwaarde en hanteerbaarheid van het 4-bollenmodel voor ergotherapeuten”. Dit afstudeeronderzoek is in het kader van het afstuderen aan de opleiding ergotherapie uitgevoerd, aan de Hogeschool Zuyd te Heerlen. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de periode van februari 2019 tot en met juni 2019. Stephanie von Helden - Lenzen is de opdrachtgeefster binnen het onderzoek en heeft in het kader van haar proefschrift meegewerkt aan het ontwerpen van het 4-bollenmodel. Het proces van dit onderzoek werd begeleid door Ellen Domhof.

Het doel van het onderzoek is om de meerwaarde en hanteerbaarheid van het 4-bollen model te achterhalen in de ergotherapeutische context. Om deze reden is de opdracht uitgevoerd met ergotherapeuten die werkzaam zijn in verschillende cliëntgerichte contexten.

Allereerst willen wij Stephanie von Helden-Lenzen bedanken voor de vormgeving van de opdracht, de begeleiding, het geven van feedback en de prettige samenwerking. Als tweede willen wij Ellen Domhof, docentbegeleidster opleiding ergotherapie, bedanken voor de intensieve begeleiding, de kritische blik en feedback op onze producten. Als derde willen wij Marieke Werrij, tweede beoordelaar van deze studie, bedanken. Ook willen wij graag alle andere docenten van de opleiding ergotherapie bedanken, die altijd klaar stonden om onze vragen te beantwoorden.

In het bijzonder willen wij de respondenten, die deel hebben genomen aan het onderzoek, hartelijk bedanken voor hun inzet en de geïnvesteerde tijd. Zonder hun was dit intensieve en leerzame traject niet tot stand gekomen.

Wij als onderzoekers hebben deze periode ervaren als zeer leerzaam, waarbij wij ons persoonlijk hebben kunnen ontwikkelen op het gebied van samenwerken, plannen, organiseren, communiceren en het doen van onderzoek.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Lea Gnida, Timo Gouverne, Jelena Slowig en Jurn Veenstra

Heerlen, Juni 2019

SAMENVATTING

Context: Recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg benadrukken steeds meer dat persoonsgerichte zorg met aandacht voor zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming tijdens het behandeltraject van belang zijn. Een reden hiervoor is de toename van het aantal chronisch zieken. Naar aanleiding hiervan werd het 4-bollen model voor praktijkondersteuners ontwikkeld om hen te ondersteunen bij het inventariseren, het opstellen van doelen en een plan van aanpak. In het huidige onderzoek hebben acht ergotherapeuten geparticipeerd om te achterhalen of het 4-bollen model ook in de ergotherapeutische context toegepast zou kunnen worden. Deze ergotherapeuten waren werkzaam in een revalidatiesetting, een dagbehandeling en in een eerstelijnspraktijk.

Onderzoeksvraag 1: “Is het 4-bollen model hanteerbaar voor ergotherapeuten, bij het exploreren van de huidige en gewenste situatie, het gezamenlijk opstellen van doelen en het plan van aanpak?”

Onderzoeksvraag 2: “Hoe ervaren ergotherapeuten de meerwaarde tijdens de toepassing van het 4-bollen model?”

Methode: De twee onderzoeksvragen zijn beantwoord middels een mixed method hanteerbaarheidsstudie, waarin zowel kwantitatieve als ook kwalitatieve data verzameld werden. Voor de eerste onderzoeksvraag werd door alle ergotherapeuten (n=9) een vragenlijst ingevuld. Hiermee zijn objectieve data over de gebruiksvriendelijkheid van het model verzameld. Deze data zijn vervolgens middels beschrijvende statistiek geanalyseerd.

Aanvullend zijn bij de ergotherapeuten (n=8) semigestructureerde interviews afgenomen. Hierdoor zijn ervaringen en meningen met betrekking tot de meerwaarde van het gebruik van het model achterhaald. Vervolgens zijn deze verkregen data geanalyseerd door middel van de methode *conventionele inhoudsanalyse*.

Resultaten: Resultaten tonen aan dat de afname en rapportage tijd vrijwel gelijk is tussen het 4-bollen model en de standaardwerkwijze, het model makkelijk te begrijpen is en het flexibel aan te passen is per cliënt. Verder hebben over het algemeen de meerderheid van de ergotherapeuten een positieve meerwaarde ervaren voor het exploreren van de huidige en gewenste situatie, de doelbepaling, evaluatie en voor het bijdragen aan zelfmanagement ondersteuning. Slechts één ergotherapeut week van deze ervaringen af.

Conclusie: Met betrekking tot de onderzoeksvragen kan geconstateerd worden dat het 4-bollen model gebruiksvriendelijk is tijdens de praktische toepassing en de ergotherapeut ondersteunt bij het exploreren van de situatie van de patiënt, het bepalen van doelen en het opstellen van een plan van aanpak. Deze conclusies tonen aan dat het 4-bollen model eventueel een tool is, die past in de ergotherapeutische zorgverlening en de bijhorende recente ontwikkelingen in de zorg.

ABSTRACT

Context: Recent developments in the healthcare sector emphasize that client centered care with attention to self-management and shared decision making are of importance during a treatment. A reason for this is the increasing number of patients with a chronic illness. Because of this development the 4-circles tool was created to aid primary care professionals to support them during data collection about the patient, setting goals and action planning. In this research eight occupational therapists participated to see if this model could be used in the context of occupational therapy. These occupational therapists were active in rehabilitation-, daycare- and primary care setting.

Research question 1: “Is the 4-circles tool feasible for occupational therapists, while exploring the current and desired situation, setting goals with the patient and action planning?”.

Research question 2: “How do occupational therapists experience the added value during the use of the 4-circles tool?”.

Methods: The two research questions were answered using a mixed method feasibility study, in which both quantitative and qualitative data were collected. For the research question, all occupational therapists (n=9) completed a questionnaire. This questionnaire collected objective data about the user-friendliness of the 4-circles tool. This data was analyzed using descriptive statistics.

For the second research question a semi structured interview was conducted with the occupational therapists (n=8). With the aim of collecting their experience and opinions regarding the added value of the 4-circles tool. The obtained data were analyzed using the conventional content analysis.

Results: Results show that the usage time and the time it takes to rapport is almost the same for the 4-circles tool and the standard method. The model is easy to understand and adaptable to different patients. Most of the occupational therapists experience a positive added value of this tool while exploring the current and desired situation, setting goals, the evaluation and it contributes to self-management support. Just one occupational therapist had a different experience.

Conclusion: Regarding the research question it can be stated that the 4-circles tool is user-friendly during practical use and has an added value for occupational therapists while exploring the situation of the patient, setting goals and action planning. These conclusions suggest that the 4-circles tool could be used during the intervention of an occupational therapist and the developments in the healthcare sector.

INHOUDSOPGAVE

Woord vooraf.....	3
Samenvatting.....	4
Abstract	5
Inhoudsopgave	6
Leeswijzer	8
1. Inleiding	9
1.1 Recente ontwikkelingen	9
1.2 Generiek model Zelfmanagement.....	10
1.2.1 De patiënt	11
1.2.2 De zorgverlener.....	13
1.3 Het 4-bollen model.....	15
1.3.1 Aanleiding van het afstudeeronderzoek.....	16
1.4 Doelstelling.....	17
1.5 Vraagstelling	17
2. Methodiek	18
2.1 Ontwerp.....	18
2.2 Participanten	19
2.2.1 Werving en participanten	19
2.3 Scholing	19
2.4 Onderzoeksvraag 1	20
2.4.1 Dataverzameling	20
2.4.2 Data-analyse	21
2.5 Onderzoeksvraag 2	22
2.5.1 Dataverzameling	22
2.5.2 Data-analyse	24
2.6 Ethische overwegingen.....	25
3. Resultaten.....	26
3.1 Onderzoeksvraag 1	26
3.1.1 Algemene kenmerken	26
3.1.2 Uitvoerbaarheid.....	27
3.1.3 Algemene randvoorwaarden	28
3.2 Onderzoeksvraag 2	30
3.2.1 Algemene ervaring met het 4-bollen model.....	30
3.2.2 Exploreren van de situatie/inventarisatie.....	30
3.2.3 Indicaties voor inzet 4-bollen model	33
3.2.4 Fasering.....	34

3.2.5 Zelfmanagement.....	35
3.2.6 Ergotherapeutische relevantie.....	36
3.2.7 Hanteerbaarheid.....	38
4. Discussie en conclusie	39
4.1 Discussie	39
4.1.1 Kritische beschouwing van de resultaten	39
4.1.2 Sterke en minder sterke punten	41
4.2 Conclusie.....	43
5. Aanbevelingen voor de praktijk.....	44
6. Bibliografie.....	46
7. Bijlage	48
7.1 Flyer voor de werving	48
7.2 Handleiding 4-bollen model (van Stephanie von Helden – Lenzen).....	49
7.3 Operationaliseren van het begrip hanteerbaarheid.....	53
7.4 Vragenlijst hanteerbaarheid	54
7.6 Interviewguide.....	61
7.7 Codeboom	64
7.8 Informatiebrief deelnemers	65
7.9 Toestemmingsverklaring formulier (Informed Consent)	66
7.10 Voorbeeld transcript en coderen.....	67
7.11 Begrippenlijst.....	68

LEESWIJZER

In hoofdstuk één wordt een inleiding en de theoretische achtergronden beschreven die ten grondslag liggen aan dit onderzoek. Hoofdstuk twee beschrijft de methodiek van het onderzoek, waarbij wordt ingegaan op het ontwerp, de setting en deelnemers. Verder gaat dit hoofdstuk in op zowel de kwantitatieve als kwalitatieve dataverzameling en analyse en wordt de methodologische verantwoording hiervan beschreven. Ten slotte wordt in dit hoofdstuk beschreven hoe aandacht is besteed aan de ethische aspecten. Hoofdstuk drie beschrijft de resultaten die voortvloeien uit de analytische fase. Ten slotte worden de discussie en conclusie beschreven in het vierde hoofdstuk. In de bijlage 7.11 staat een begrippenlijst ter verduidelijking van (vak)termen, die terug komen in dit onderzoek

In deze scriptie worden voor de leesbaarheid de mannelijke vormen 'hij' en 'zijn' gebruikt voor zowel patiënt/cliënt als de zorgverlener/ergotherapeut. Hier kan ook 'zij' en 'haar' gelezen worden.

1. INLEIDING

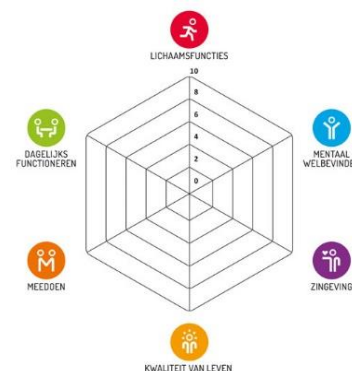
De inleiding bevat relevante theoretische achtergrondinformatie met betrekking tot de aanleiding, probleemvraag-, en doelstelling van deze studie.

1.1 Recente ontwikkelingen

In de Nederlandse gezondheidszorg zijn op dit moment een aantal ontwikkelingen gaande. Door de medische vooruitgang zijn ziektes effectiever en sneller behandelbaar, waardoor mensen steeds ouder worden. Hierdoor stijgt het aantal ouderen en de gemiddelde leeftijd van de Nederlandse bevolking. Dit fenomeen wordt vergrijzing genoemd (Jedeloo, 2015). Met het ouder worden kunnen mensen te maken krijgen met een aantal verschillende verschijnselen, die invloed hebben op de gezondheidstoestand. Hierbij kan gedacht worden aan fysieke en mentale achteruitgang, maar ook aan het feit dat ouderen langer moeten leven met chronische aandoeningen zoals diabetes, ziekte van Parkinson, dementie, et cetera. Niet alleen de vergrijzing en de medische vooruitgang zijn redenen dat het aantal chronisch zieken in de bevolking toeneemt. Ook de negatieve trend in leefstijl speelt hierin een cruciale rol. Weinig beweging en ongezonde voeding zorgt voor een toename van overgewicht en obesitas (Jedeloo, 2015). Deze veranderingen zorgen voor complexe zorgvragen, die veel tijd en investering vragen van de zorgverleners. Echter is voor deze zorgvraag niet voldoende zorgaanbod beschikbaar. Voorbeelden hiervan zijn weinig vrije plekken in verpleeghuizen, volle huisartspraktijken en lange wachttijden voor behandelingen en therapieën. Om deze problemen tegen te gaan heeft de overheid onder anderen in het jaar 2015 de wet maatschappelijke ondersteuning aangenomen (Wmo) (Rijksoverheid, 2015). De wet vereist dat vanuit de gemeenten ervoor gezorgd wordt dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, ook als ze beperkingen in hun leven ervaren. De overheid streeft ernaar dat de relatie tussen de overheid en de burger verandert. Meer initiatief en eigen regie van de burger staan hierbij centraal. De overheid krijgt hierdoor een faciliterende rol.

Vanuit deze ontwikkelingen is het begrip gezondheid nieuw gedefinieerd. Voorheen werd gezondheid door de World Health Organization (WHO) opgevat als *“a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”* (Jedeloo, 2015, p. 21). Vanuit deze opvatting is iemand alleen gezond als hij geen beperkingen op fysiek, mentaal en sociaal gebied ervaart. Deze definitie maakt van ieder mens een patiënt, omdat de beschreven toestand van gezondheid niet realistisch, te statisch en ambitieus is. Dit zorgt ervoor dat de ziekte centraal staat en niet het handelingsvermogen van de mens met de ziekte. Vanuit deze redenen werd het begrip gezondheid nieuw gedefinieerd als positieve gezondheid, “het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven” (Huber, 2014, p. 238). Bij deze definitie ligt het accent juist op de mens zelf en wordt vooral zijn potentieel en eigen kracht benadrukt, namelijk het functioneren, de zelfregie en veerkracht. Hierdoor is sprake van persoonsgerichte zorg en wordt van zorgverleners verwacht vanuit dit referentiekader naar hun patiënten te kijken. Juist dit referentiekader sluit aan bij de ergotherapie. De rol van de ergotherapeut verandert dynamisch mee met de recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg. De ergotherapeut focust zich in het kader van persoonsgerichte zorg en het bevorderen van zelfmanagement op de individuele cliënt, zijn sterktes en handelingsproblemen in het alle dagelijkse leven. Dit betekent ook dat ergotherapeutische zorgverleners steeds meer werken in de context van de hulpvraag zelf, namelijk bij de cliënt thuis, in de wijk, et cetera (van Hartingsveldt, Hengelaar, & Logister-Proost, 2015). Op deze manier heeft de nieuwe visie van gezondheid een directe invloed op het vormgeven van zorgverlening en sluit het aan bij de recente politieke ontwikkelingen, zoals beschreven in de Wmo. Door het leveren van persoonsgerichte zorg wordt de zorg efficiënter en effectiever. De patiënt heeft tijdens het behandeltraject een actievare rol. Hierdoor is het niet meer nodig om aan alle standaarddoelen te werken, omdat naar de individuele behoefte van de patiënt wordt gekeken. Dit wil zeggen dat op een snellere en betere manier zorg kan worden geboden (CBO, 2014).

Het concept positieve gezondheid kijkt door zes dimensies breder naar het beleven van gezondheid (zie figuur 1-1). Centraal staan lichaamsfuncties, het mentale welbevinden, zingeving, de kwaliteit van leven, het meedoen en het dagelijks functioneren. Deze zes dimensies zijn visueel gemaakt in een tool, genoemd het spinnenweb model (Steenhuis & Overtoom, 2018). Deze tool heeft als doel om positieve gezondheid voor de zorgverlener en de patiënt tijdens een behandeltraject beter vatbaar te maken.



Figuur 1-1 Het spinnenweb (Steenhuis & Overtoom, 2018)

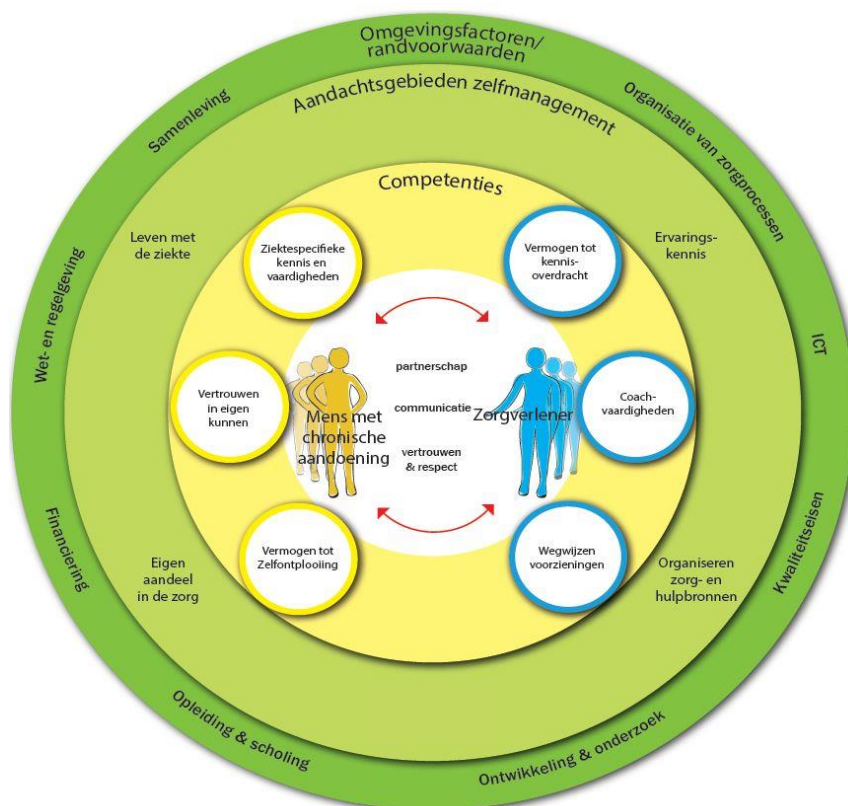
1.2 Generiek model Zelfmanagement

Bovenstaande maakt duidelijk dat de relatie tussen patiënt en zorgverlener steeds meer verandert. Een aantal jaren geleden nam de zorgverlener voornamelijk de leiding in het leveren van zorg. Nu wordt gestreefd naar een samenwerkingsrelatie, waarin sprake is van wederzijdse participatie (Sassen, 2016). Tegenwoordig wordt verwacht dat de patiënt een leidende rol neemt in zijn eigen ziekteproces. Om dit te kunnen bereiken moet de patiënt in staat zijn, zijn eigen gezondheid te monitoren en te managen. Deze vaardigheden horen bij het overkoepelende begrip zelfmanagement. Volgens de actuele definitie van het landelijk actieprogramma zelfmanagement (LAZ), is zelfmanagement “het zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven” (CBO, 2014, p. 3). Zelfmanagement betekent dat patiënten zelf kunnen kiezen in hoeverre zij de regie over het leven in eigen hand willen houden en mede richting willen geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet om een optimale kwaliteit van leven te bereiken of te behouden (CBO, 2014).

Zelfmanagement is een dynamisch proces en wordt onderscheiden in drie domeinen, namelijk medisch, rol-, en emotioneel management. Medisch management heeft betrekking op bijvoorbeeld het innemen van medicijnen en het signaleren van symptomen. Bij rolmanagement gaat het om de veranderde rol van de persoon met de ziekte in zijn sociale omgeving. Het omgaan met emoties, de acceptatie van de ziekte en het aanpakken van problemen valt onder emotioneel management (Jedeloo, 2015; Satink, 2016).

Aansluitend bij de definitie van het LAZ werd een theoretisch raamwerk ontwikkeld voor het bevorderen van zelfmanagement, namelijk het generiek model zelfmanagement (zie figuur 1-2).

Het model beschrijft alle onderdelen voor het bevorderen van zelfmanagement, zowel voor de patiënt als ook voor de zorgverlener. Het bestaat uit een kern en drie cirkels, waarbij interne en externe factoren centraal staan die van invloed zijn op zelfmanagement.



Figuur 1-2 Generiek model Zelfmanagement (CBO, 2014)

De kern van het model beschrijft de interactie tussen de zorgverlener en de patiënt en visualiseert de nieuwe ontwikkeling van de samenwerkingsrelatie. In deze gelijkwaardige samenwerkingsrelatie ligt de aandacht op de communicatie, partnerschap, vertrouwen en respect. Dit is cruciaal voor het zoeken van een balans tussen de eisen van de aandoening (belasting), de mate van eigen regie en verantwoordelijkheid van de patiënt (belastbaarheid). Het bereiken van deze balans vereist een dynamisch en continueel proces.

Rondom de kern liggen drie cirkels, die gericht zijn op competenties, aandachtsgebieden en omgevingsfactoren/randvoorwaarden van zelfmanagement. Bij omgevingsfactoren/randvoorwaarden worden alle externe factoren beschreven die van invloed kunnen zijn op het proces van zelfmanagement, zoals wet- en regelgeving, financiering en/of ontwikkelingen en onderzoek. In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de factoren betreffende de patiënt en de zorgverlener.

1.2.1 De patiënt

In de cirkel competenties worden drie hoofdfactoren beschreven, namelijk ziekte specifieke kennis en vaardigheden, vertrouwen in eigen kunnen en eigen regie en vermogen tot zelfontplooiing. Dit zijn eigen capaciteiten die deel uitmaken van de patiënt. Met goede ziekte specifieke kennis en vaardigheden is de patiënt in staat zijn ziekte, de gevolgen hiervan en behandelmogelijkheden te begrijpen. Deze factor wordt ook beschreven als gezondheidsvaardigheden. Dit houdt in dat iemand vaardig moet zijn om informatie te begrijpen, beoordelen en te gebruiken (Sassen, 2016). Vertrouwen in eigen kunnen richt zich op persoonlijke eigenschappen, zoals probleemoplossend vermogen (coping strategieën), besluitvaardigheden en zelfreflectie. Het bepaald in hoeverre iemand om kan gaan met tegenslagen in het leven. Het ontwikkelen van eigen talenten en deze zodanig in te zetten dat uitdagingen in het leven gecompenseerd kunnen worden, is de kern van vermogen tot zelfontplooiing.

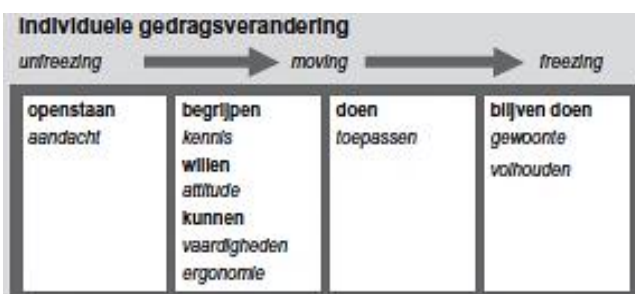
De volgende cirkel aandachtsgebieden zelfmanagement bevat de factoren leven met de ziekte, eigen aandeel in de zorg, ervaringskennis en organiseren van zorg- en hulpbronnen. Leven met de ziekte houdt in dat de patiënt in staat is om de ziekte als een deel van zichzelf te zien en te leren met de fysieke, psychische en emotionele gevolgen hiervan om te gaan. Om deze uitdaging aan te kunnen gaan wordt een actieve bijdrage van de patiënt gevraagd. Het tweede aandachtsgebied, eigen aandeel in de zorg, is gericht op de mate waarop de patiënt activiteiten van de behandeling/therapie kan overnemen. Verder houdt dit in dat de patiënt streeft naar een gezonde leefstijl, om de gevolgen van de aandoening te limiteren. Ervaringskennis beschrijft de opgebouwde kennis vanuit ervaringen over zijn gezondheidsprobleem. De patiënt ontwikkelt hierdoor een eigen persoonlijk kennisgebied. Het organiseren van zorg-, en hulpbronnen is het zelfstandig kiezen van specifieke zorg(verleners) en het regelen van noodzakelijke voorzieningen.

Gedragsverandering

Door het invullen van een actieve rol in het zorgproces en het nemen van eigen regie hierin wordt van de patiënten verwacht nieuwe patronen in het leven te integreren. Dit is de kern van gedragsverandering. Het integreren van deze verandering vormt voor de meeste mensen een grote uitdaging. Daarom is het belangrijk dat aandacht wordt besteed aan wat gedragsverandering van een patiënt vraagt.

Het 6–stappenmodel geeft het proces weer dat een patiënt doorloopt bij het aannemen van nieuwe gedragingen (Kuiper et al., 2011). Elke stap die hierbij hoort is vereist voor het behalen van een langdurige gedragsverandering (zie figuur 1-3).

De patiënt moet open staan, dus eraan toe zijn om mee te denken en competenties te ontwikkelen over de boven genoemde aandachtsgebieden van zelfmanagement. Hierbij staat centraal dat de patiënt zich ervan bewust wordt, wat het leven met de ziekte van hem vraagt.



Figuur 1-3 Het 6-stappenmodel (Kuiper, Heerkens, Balm, Bieleman, & Nauta, 2011)

Als de patiënt zich daarvan bewust is, zal hij aan de hand van de juiste informatie begrijpen wat voor mogelijkheden bestaan voor zijn situatie en wat hij hierin kan betekenen.

Door het begrijpen hiervan, zal de intrinsieke motivatie/intentie toenemen om te willen veranderen. Bij het willen hoort het maken van afwegingen tussen de verschillende mogelijkheden die hij heeft om vervolgens tot een besluit te kunnen komen.

Om gedragsverandering te kunnen realiseren moet de patiënt de bovengenoemde vaardigheden uit de cirkel competenties (generiek model zelfmanagement) beheersen. Hierdoor zal hij in staat zijn bijvoorbeeld hulpmiddelen en technieken zelfstandig te hanteren en weten hoe hij bepaalde activiteiten uit de behandeling/therapie kan overnemen.

De patiënt is competent om zelf in actie te komen en het nieuwe gedrag toe te passen (doen).

Als prikkels die terugval uitlokken herkend worden en de patiënt hierop adequaat kan inspelen heeft hij voldoende ervaringskennis om de verandering vol te houden, te blijven doen. Hierbij hoort ook dat hij leert opnieuw te beginnen, als sprake is van tegenslag (zie voorbeeld in het kader).

Hoe gedragsverandering uiteindelijk wordt vormgegeven en hoe de stappen doorlopen worden is afhankelijk van de individuele patiënt. Dit wordt medebepaald door persoonlijke eigenschappen, zoals persoonlijke effectiviteit, denk-, en doen vermogen en motivatie. Dit betekent ook dat elke patiënt op een andere manier betrokken is tijdens een behandelproces.

Patiëntenprofielen

Volgens het model patiëntenprofielen van Bloem/Stalpers bestaan vier verschillende typen patiënten (Dubois, 2018). In dit model wordt bij elk type patiënt gekeken naar zijn mate van acceptatie en de mate van controle in en over het ziekteproces (zie figuur 1-4).

Type één, de zelfbewuste autonome patiënt, heeft een hoge mate van acceptatie en een hoge mate van controle. Dit betekent dat hij zich opstelt als een zelfbewuste persoon die in staat is tot zelfreflectie. Hij heeft een proactieve houding en neemt leiderschap in het behandelproces. Hierdoor heeft hij weinig aansturing en ondersteuning van de zorgverlener nodig.

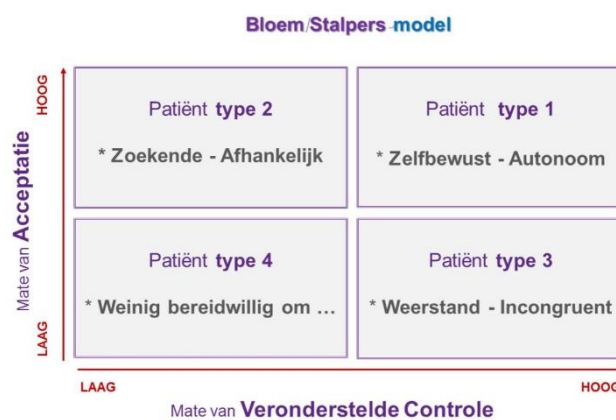
Een lage mate van controle en een hoge mate van acceptatie is kenmerkend voor patiënttype twee, de zoekende patiënt. Hij herkent de noodzaak te veranderen maar heeft moeite om de verandering te realiseren. Verder heeft hij geen duidelijk overzicht over de doelen, wat tot verwarring en angstgevoelens kan leiden. Tijdens het behandelproces heeft dit patiënttype continu sturing en structuur nodig van de zorgverlener.

Patiënttype drie is gekarakteriseerd door weerstand en incongruentie. Dit type heeft een hoge mate van controle en een lage mate van acceptatie. Hij ziet de noodzaak tot veranderen niet in. Dit uit hij vooral door tegenstribbelende uitspraken en het bewuste weigeren/negeren van hulp. Hij ziet de gezondheidstoestand als een vijand. Dit type heeft vooral een open en begrijpelijke houding van de zorgverlener nodig en wil graag zelf de leiding nemen.

Het vierde patiënttype is in het behandeltraject weinig bereidwillig om mee te werken. Hij heeft een lage mate van acceptatie en een lage mate van controle, wat zich kenmerkt door passief, afwachtend en somber gedrag. In het begin komt hij ongeïnteresseerd en afstandelijk over. Hierdoor heeft hij een zorgverlener nodig die hem vooral stimuleert en die goed naar zijn behoeftes/prioriteiten luistert.

Voorbeeld van blijven doen:

“Mevrouw Bos, 72 jaar, heeft een pijnlijke heup door artrose. Ze heeft haar dag- en weekritme veranderd, zodat ze nu dagelijks wat boodschappen haalt in plaats van alles in twee keer. Ze kan de boodschappen nu lopend doen. Ze doet dat 's ochtends, vóór de koffie. Bij de koffie rust ze uit.” (Burgt van der & Verhulst, 2009, p. 130).



Figuur 1-4 Patiëntenprofielen (Dubois, 2018)

1.2.2 De zorgverlener

Bij de zorgverlener staat het ondersteunen van zelfmanagement van de patiënt centraal. Hierbij neemt hij de rol van behandelaar en coach in. Zelfmanagement ondersteuning heeft als doel "mensen te helpen voor zichzelf te zorgen" (CBO, 2014, p. 3). Door het proces van zelfmanagement kan een deelname aan betekenisvolle rollen en de kwaliteit van leven bevorderd worden. Deze positieve aspecten sluiten voornamelijk aan bij de missie van de vakgroep ergotherapie. Het uitvoeren van dagelijkse activiteiten is een waardevol middel om zelfmanagement competenties te kunnen ontwikkelen, waarvan ergotherapeuten gebruik maken (Satink, 2016; van Hees, Satink, & Cup, 2015). Bewijsmateriaal vanuit de literatuur toont aan dat ergotherapeutische zelfmanagement ondersteuning de kennis over de aandoening, het vertrouwen in eigen kunnen en de zelfeffectiviteit van de patiënt verbeterd (Garvey, Conolly, Boland, & Smith, 2015). Hiernaast komt vanuit wetenschappelijk onderzoek naar voren dat door het inzetten van zelfmanagement interventies de aanspraak op professionele zorg verminderd kan worden (Panagioti et al., 2014). Een positieve uitkomst hiervan zijn lagere zorgkosten. Een voorwaarde voor het toepassen van effectieve interventies is dat zelfmanagement voldoende door de ergotherapeut wordt ondersteunt.

Zelfmanagement ondersteuning is altijd maatwerk en vraagt van de zorgverlener individuele en dynamische interventies te creëren (Jedelloo, 2015). Dit wil zeggen dat de zorgverlener de taak heeft om tijdens het vorm geven van het behandeltraject rekening te houden met de individuele patiënt en zijn competenties (zie paragraaf 1.2.1). Bovenstaande benadrukt dat interventies ten aanzien van zelfmanagement ondersteuning een onderdeel van persoonsgerichte zorg vormen.

In de volgende alinea's zal worden ingegaan op deze onderdelen van het generiek model zelfmanagement (zie figuur 1-2) ten aanzien van de zorgverlener.

Bij de cirkel rondom de kern van het model staan de competenties centraal (zie figuur 1-2). Hierbij worden competenties bedoeld die de zorgverlener nodig heeft om goede zelfmanagement ondersteuning te kunnen bieden. De focus ligt op de competenties vermogen tot kennisoverdracht, coachvaardigheden en het wegwijzen naar voorzieningen (CBO, 2014).

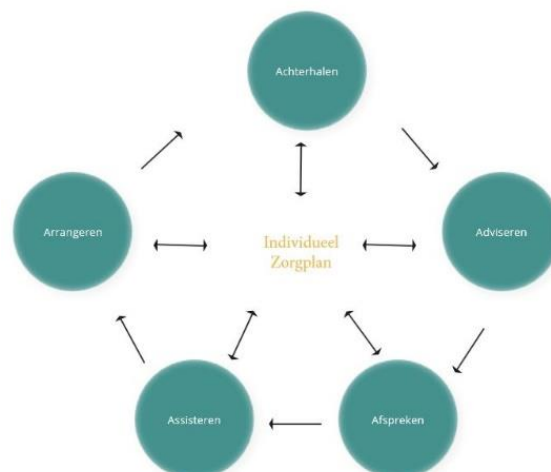
Met vermogen tot kennisoverdracht wordt bedoeld dat de zorgverlener in staat is vanuit zijn eigen expertise en recente wetenschappelijke opvattingen de patiënt te voorzien van passende informatie. Dit kan bijvoorbeeld gaan over bepaalde behandel mogelijkheden en de voor- en nadelen daarvan. De uitdaging voor de zorgverlener ligt daarin de informatie zodanig aan te bieden dat de patiënt in staat is deze te begrijpen. Dit is altijd afhankelijk daarvan of de patiënt hiervoor al open staat (gedragsverandering) en met welk type patiënt de zorgverlener te maken heeft (patiëntenprofielen).

De competentie coachvaardigheden is heel complex en de essentiële vaardigheid in het vorm geven van zelfmanagement ondersteuning. Kenmerkend voor coachen is dat de zorgverlener de actieve rol van de patiënt stimuleert en erachter komt welke mate van zelfstandigheid de patiënt in zijn eigen behandeltraject kan en wil innemen (Dubois, 2018). Belangrijk is dat hij zich bewust is van de rol die hij moet vervullen. De zorgverlener ondersteunt de patiënt bij het nemen van verantwoordelijkheden en zijn eigen regie. Op deze manier wordt de patiënt gemotiveerd en wordt geacht zijn eigen intentie tot veranderen (het willen) te verhogen, waardoor hij uiteindelijk probeert een verandering zo zelfstandig mogelijk te realiseren. Voor een effectieve coaching zijn goede gesprekstechnieken, zoals aandachtig luisteren, reflecteren, samenvatten, et cetera van groot belang (CBO, 2014).

Bij de competentie wegwijzen hoort dat de zorgverlener goed geïnformeerd is over de mogelijkheden die de zorg voor de individuele patiënt kan bieden. Hierbij hoort onder andere kennis over wettelijke kaders en mogelijkheden van financiering. Dit wil zeggen dat de zorgverlener de sociale kaart van zijn patiënt voor ogen moet hebben, waardoor hij een overzicht heeft over de regionale beschikbare zorg en ondersteuningsmogelijkheden, zoals bijvoorbeeld hulpmiddelen. Dit stelt de zorgverlener in staat om voorzieningen individueel op de patiënt af te stemmen.

5A Model

Om zelfmanagement van de patiënt op een methodische manier te kunnen ondersteunen is een procesmodel ontworpen die de verschillende stappen voor het bevorderen van zelfmanagement beschrijft, namelijk het 5A model (zie figuur 1-5) (CBO, 2014; Jedeloo, 2015). Door het doorlopen van de verschillende stappen komen zorgverlener en patiënt gezamenlijk tot een individueel zorgplan.



Figuur 1-5 Het 5 A model (Jedeloo, 2015)

Bij de eerste stap achterhalen is het de bedoeling dat de patiënt vrij zijn verhaal kan vertellen en zijn ervaringen wensen en behoeften kan uiten. Vanuit hier wordt gezamenlijk een beeld geschetst van de actuele situatie en over hoe de patiënt op dit moment met zijn ziekte omgaat. Verder wordt in deze stap ingegaan op de gewenste

bijdrage van de patiënt in de zorg, het benutten van hulpbronnen en de rol van naasten. De therapeut faciliteert de patiënt bij het vertellen van zijn verhaal door het stellen van explorerende vragen. Het bovengenoemde spinnenweb model kan bij deze stap bijvoorbeeld als tool worden gebruikt om de zorgverlener te ondersteunen het achterhalen vorm te geven (zie figuur 1-1) (Steenhuis & Overtoom, 2018).

Na het achterhalen volgt de stap adviseren. Hier neemt de zorgverlener een adviserende rol in en zorgt door het geven van informatie op maat ervoor dat de patiënt zelf het leven met de aandoening naar eigen behoeften kan invullen. Om de aangereikte adviezen bruikbaar en passend te maken voor de patiënt wordt gezamenlijk in kaart gebracht welke informatie nog onbekend is of ontbreekt. Verder wordt specifiek gevraagd naar de wensen van de patiënt met betrekking tot informatie en adviezen.

De derde stap in het model is afspreken. In deze stap gaat het voornamelijk erom dat de zorgverlener de patiënt uitnodigt om zelf haalbare doelen te formuleren.

Na de derde stap afspreken volgt de stap assisteren. De zorgverlener assisteert de patiënt bij het omgaan met persoonlijke barrières (taalbarrières, emotionele en psychische beperkingen) en achterhaald of de patiënt extra ondersteuning nodig heeft (Jedeloo, 2015).

De laatste stap van het 5A model is arrangeren. Hierbij gaat het om het opstellen van een behandelplan. De voorafgaande stappen (probleeminventarisatie, doelbepaling, etc.) zijn vereist voor het opstellen hiervan.

Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming oftewel gedeelde besluitvorming of *shared decision making* is onderdeel van persoonsgerichte zorg. Het is een iteratief (herhalend) proces. De besluitvorming samen met de patiënt is gebaseerd op recente wetenschappelijke opvattingen en ontwikkelingen, waarin risico's en voordelen van mogelijke behandelingen worden overwogen. Tijdens het proces wordt de autonomie en zelfstandigheid van de patiënt benadrukt.

Wetenschappelijk bewijs toont aan dat gezamenlijke besluitvorming effectief kan zijn in het bevorderen van de tevredenheid en welzijn van de patiënt (Joosten et al., 2008; Rose, Rosewilliam, & Soundy, 2018). Verder draagt het bij aan het vorm geven van een passend behandelplan. Als gezamenlijke besluitvorming op een juiste manier wordt toegepast is het voor de patiënt mogelijk om behandelingsvoorkeuren en prioriteiten aan te geven. Hierdoor is de kans groter dat de doelen daadwerkelijk behaald worden (Den Ouden, Vos, & Rutten, 2017; von Helden-Lenzen, 2019). Deze effecten maken duidelijk dat gezamenlijke besluitvorming een norm is geworden voor goede zorg en hierdoor deel uitmaakt van richtlijnen en zorgstandaarden (Smits & Jukema, 2016).

De implementatie van gezamenlijke besluitvorming in de zorgsector is momenteel nog een aandachtspunt, omdat het een complex proces is. Het proces speelt in op drie niveaus, namelijk het niveau van patiënt en zorgverlener, het procesniveau en het organisatieniveau (Landelijk Platform Gedeelde Besluitvorming, 2012; Smits & Jukema, 2016). Op het niveau van de patiënt en de zorgverlener staat juist het creëren van de gelijkwaardige samenwerkingsrelatie centraal. Bij het procesniveau wordt van de zorgverlener verwacht op een methodische wijze gezamenlijke besluitvorming te integreren. Dit vraagt veel tijdsinvestering en een frequente toepassing (Joosten et al., 2008). Het organisatieniveau houdt in dat het beleid van instellingen gezamenlijke besluitvorming mogelijk moet maken, door handvatten te bieden en speelruimte te creëren. Bij grotere instellingen is het van belang dat alle disciplines gezamenlijke besluitvorming in hun werkwijze integreren.

1.3 Het 4-bollen model

In de praktijk blijkt het moeilijk te zijn om bovenstaande nieuwe visies, zoals persoonsgerichte zorg, zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming te integreren in de werkwijze. Naar aanleiding van deze probleemstelling werd onderzoek gedaan, hoe zorgverleners en patiënten in het integreren hiervan ondersteund kunnen worden. Dit onderzoek was specifiek gericht op de samenwerking van praktijkondersteuners met chronisch zieke patiënten in eerstelijns huisartspraktijken (von Helden - Lenzen, 2018). In het kader van dit onderzoek werd, onder andere door Stephanie von Helden - Lenzen, een hulpmiddel ontwikkeld, namelijk het 4-bollen model (zie figuur 1-6).

Het 4-bollen model heeft het doel vanuit het patiënten perspectief de huidige en gewenste situatie te exploreren. Hierdoor kan de praktijkondersteuner de medische situatie, de gevolgen hiervan voor het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (ADL) en de levenskwaliteit van de patiënt achterhalen. Het ondersteunt de patiënt om vrij zijn verhaal te kunnen vertellen. Deze kenmerken benadrukken dat het 4-bollen model, net zoals het spinnenweb model, een hulpmiddel is voor het vorm geven van de stap achterhalen van het 5A model (paragraaf 1.2.2).

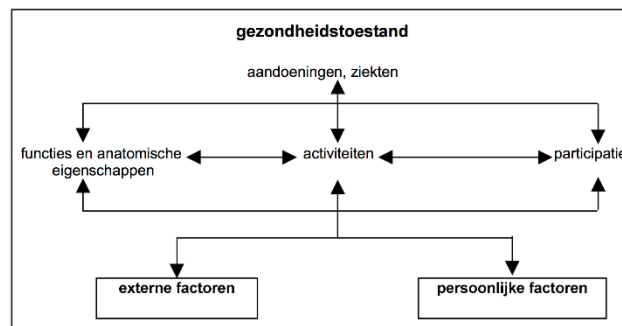


Figuur 1-6 Het 4-bollen model (von Helden-Lenzen, 2018)

Werkwijze

Het model werd bij praktijkondersteuners geïntroduceerd, waarbij een richtinggevende werkwijze werd aangehouden (von Helden - Lenzen, 2018). Het model werd gebruikt bij patiënten met een of meer chronische aandoeningen of complexe zorgvragen. Was de patiënt ertoe in staat, dan werd het model zelfstandig ingevuld. Hierbij stond de gedachte van zelfmanagement centraal. Het model werd voornamelijk toegepast bij de probleeminventarisatie, gezamenlijke doelbepaling en het opstellen van een plan van aanpak en werd in meerdere sessies teruggepakt. Het werd toegepast, door het uit te printen, notities te maken en het eventueel aan het einde van het gesprek aan de patiënt mee te geven. In het gesprek werden naar aanleiding van de vier bollen open vragen gesteld om eventuele problemen op deze gebieden te kunnen exploreren. Om de praktijkondersteuners hierin een leidraad te geven, werd een handleiding mee gegeven. De handleiding bevat onder andere een overzicht van voorbeeld vragen (zie bijlage 2).

De basis van het 4-bollen model is het *International Classification of Functioning model* (ICF). Het model geeft weer hoe mensen omgaan met hun gezondheid (Sassen, 2016). Het doel van het model is, om vanuit de bio-psycho-sociale visie de gezondheidstoestand van een persoon in kaart te brengen. Gekeken wordt vanuit drie hoofdaspecten, namelijk het menselijk organisme (aandoening/ziekte, functie en anatomische eigenschappen), het menselijk handelen (activiteiten, persoonlijke factoren) en de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven (participatie) (zie figuur 1-7).



Figuur 1-7 Het ICF model (Sassen, 2016)

Tussen deze verschillende aspecten van het model bestaat een dynamische wisselwerking. Deze wisselwerking maakt duidelijk dat de gezondheidstoestand niet alleen door één aspect positief of negatief wordt beïnvloed, maar juist door het samenspel van meerdere aspecten. Dit bepaalt in hoeverre iemand problemen ervaart in zijn dagelijks leven.

De verschillende aspecten uit het ICF-model zijn terug te vinden in de bollen van het 4-bollen model (von Helden - Lenzen, 2018). De aspecten aandoening/ziekte, functies en anatomische eigenschappen (ICF) komen overeen met de bol mijn gezondheid. Hierbij staan namelijk de ervaren lichamelijke en mentale klachten van de patiënt centraal. In het midden van het ICF-model staat het aspect activiteiten. Dit sluit aan bij de bol mijn activiteiten. Bij deze bol wordt ingegaan op belemmeringen die de patiënt in het uitvoeren van zijn dagelijkse activiteiten ervaart. In het ICF-model wordt gekeken naar externe factoren van de omgeving (sociaal en fysiek). Dit past bij de bol mijn omgeving, waarbij de nadruk ligt op belemmerende en/of bevorderende factoren vanuit de fysieke en sociale omgeving van de patiënt. De persoonlijke factoren vanuit het ICF-model komen terug in de bol mijn eigen manier. Dit is gericht op de individuele manier van aanpak/coping van de patiënt om te komen tot gewenste veranderingen.

De mate van participatie van de patiënt wordt mede bepaald door alle onderdelen van het 4-bollen model en wordt beïnvloed door de wisselwerking van de vier bollen. Dit komt tevens overeen met het dynamische karakter van het ICF-model. Zowel in het ICF als ook in het 4-bollen model staat de persoon als een holistische eenheid centraal (Sassen, 2016; von Helden - Lenzen, 2018). Dit wil zeggen dat vanuit een alomvattende/open visie naar de persoon wordt gekeken.

De kern van de ergotherapie wordt beschreven in zes pijlers. De belangrijkste pijlers/uitgangspunten van de ergotherapie zijn de cliënt (client centered), zijn handelen (occupation based) en zijn context (context based) (van Hartingsveldt, Logister-Proost, & Kinébanian, 2010). Deze staan in dynamische interactie met elkaar. Om deze reden wordt het ICF-model in de ergotherapeutische context vaak als theoretisch referentiekader gebruikt (zie figuur 1-7). Verder wordt de ergotherapeutische zorgverlening steeds vernieuwd door recente wetenschappelijke opvattingen (evidence based). Op basis van deze uitgangspunten zijn ergotherapeutische modellen ontwikkeld, die de inhoud hiervan weergeven. Het PEO/PTO, PEOP model en inhoudsmodellen zoals CMOP-E en MOHO zijn hier voorbeelden van (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2017). De inhoud van het 4-bollen model sluit aan bij de bovengenoemde uitgangspunten van de ergotherapie (zie figuur 1-6). Hierdoor kan geconstateerd worden dat het 4-bollen model theoretisch overeenkomt met de kern van de ergotherapie.

1.3.1 Aanleiding van het afstudeeronderzoek

In het kader van het bovengenoemde onderzoek van Stephanie von Helden-Lenzen, hebben de praktijkondersteuners (POH's) het gebruik van het 4-bollen model geëvalueerd. Gebleken is, dat een meerwaarde werd ervaren bij het gebruiken van het model in deze context (Lenzen, Daniëls, van Bokhoven, van der Weijden, & Beurskens, 2018). Tijdens dit onderzoek waren onderzoekers met ergotherapeutische achtergrond betrokken, zoals Stephanie von Helden-Lenzen en Ramon Daniëls.

Doordat bovengenoemde ontwikkelingen in zorg en welzijn juist ook van invloed zijn op de ergotherapeutische zorgverlening werd in een afstudeeronderzoek van 2018 achterhaalt hoe ergotherapeuten zelfmanagement van hun cliënten het beste kunnen bevorderen. Hierbij werd het 4-bollen model al toegepast in de ergotherapeutische context. De vier ergotherapeuten van Adelante locatie Maastricht UMC+ die toen aan het onderzoek deelnamen, hebben het 4-bollen model in de screeningsfase toegepast (Tashakoor, Veelenturf, Verheijen, & van de Zand, 2018).

Aan de hand van interviews werden ervaringen met het 4-bollen model in kaart gebracht. De ervaringen waren over het algemeen positief. Ze vonden het een visueel sterk model, dat structuur biedt in het exploreren van het levensverhaal van de cliënt. Bovendien heeft het een open karakter en kan het in meerdere sessies worden teruggepakt. Ze gaven wel aan dat de inzet van het model vanwege gebrek aan kennis en vaardigheden nog moeilijk was.

1.4 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de meerwaarde en de hanteerbaarheid van het 4-bollen model voor ergotherapeuten. Naar aanleiding van dit onderzoek kunnen de onderzoekers een uitspraak doen of het 4-bollen model hanteerbaar is en van meerwaarde kan zijn in de ergotherapeutische context. Om dit doel te bereiken, wordt gebruik gemaakt van een *mixed-method* hanteerbaarheidsstudie.

1.5 Vraagstelling

Naar aanleiding van de twee benoemde onderzoeken en de theoretische overeenkomsten van het 4-bollen model met de visie van ergotherapie, kwam van Stephanie von Helden-Lenzen de vraag om specifiek onderzoek te doen naar de hanteerbaarheid en de meerwaarde van het 4-bollen model voor ergotherapeuten. Om erachter te komen welke informatie verzameld moet worden voor het beantwoorden van de vragen, werden de begrippen hanteerbaarheid en meerwaarde gedefinieerd. Voor het opstellen van een duidelijke definitie werd literatuur bestudeerd. Uit deze literatuur bleek dat de definitie van de te onderzoeken onderwerpen afgestemd moet worden op de context van dit onderzoek (Orsmond & Cohn, 2015).

Hanteerbaarheid wordt begrepen als gebruiksvriendelijkheid met de bijbehorende aspecten die het model praktisch bruikbaar maken. Hanteerbaarheid wordt onderverdeeld in uitvoerbaarheid en randvoorwaarden voor de toepassing van het model (Beurskens, 2012; Colquhoun, Letts, & Law, 2010; Hancock, 2015; Naik, 2018; Orsmond & Cohn, 2015). Bij uitvoerbaarheid zijn de volgende aspecten bepalend: tijdsinvestering van zowel afname als rapportage en moeilijkheidsgraad en aanpasbaarheid van het model tijdens de afname. Bij de randvoorwaarden horen aspecten die bepalen wat de ergotherapeut nodig heeft om het 4-bollen model te kunnen hanteren, bijvoorbeeld benodigdheden (materialen), voorkennis, et cetera.

Het model is van meerwaarde als het de therapeut in staat stelt zelfmanagement ondersteuning te bieden en het mogelijk maakt samen met de cliënt de huidige en gewenste situatie te exploreren, duidelijke doelen op te stellen en vervolgens actieplannen te maken (Colquhoun et al., 2010; Orsmond & Cohn, 2015). Hierbij gaat het om de aanvaardbaarheid van het model in de ergotherapeutische context.

Vanuit hier werden twee hoofdvragen geformuleerd, namelijk "is het 4-bollen model hanteerbaar voor ergotherapeuten, bij het exploreren van de huidige en gewenste situatie, het gezamenlijk opstellen van doelen en het plan van aanpak?" en "hoe ervaren ergotherapeuten de meerwaarde tijdens de toepassing van het 4-bollen model?".

2. METHODIEK

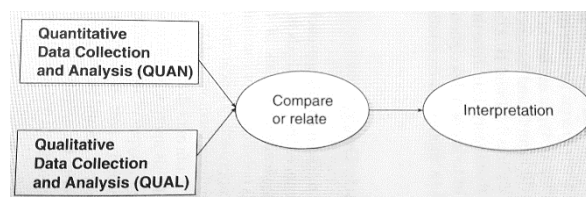
In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het gekozen ontwerp en de daarbij behorende fasering. Methodische keuzes worden verantwoord en de doorlopen procedures worden inzichtelijk gemaakt.

2.1 Ontwerp

In het kader van dit onderzoek werd gekozen voor een *mixed-method* hanteerbaarheidsstudie (Bowen et al., 2009; Orsmond & Cohn, 2015). Er was sprake van een hanteerbaarheidsstudie, omdat een bestaand model in een nieuwe context werd geïntroduceerd. In de literatuur over onderzoeksdiseins worden voor hanteerbaarheidsstudie vaak de termen *feasibility study* of *pilot study* gebruikt (Orsmond & Cohn, 2015). Het ontwerp staat voor kleinschalige vooronderzoeken, waardoor de onderzoeksgroep een eerste indruk kan verkrijgen over het onderwerp (Donald, 2018). Het wordt vooronderzoek genoemd, omdat het vaak voorafgaand is aan grotere onderzoeken, zoals gerandomiseerde controleerde trials. Hierbij is van belang, aan de hand van het vooronderzoek te evalueren of het “nieuwe” aanvaardbaar is voor de steekproef uit de onderzoekspopulatie. Onze vraagstelling is gericht op de hanteerbaarheid en de meerwaarde van het 4-bollen model voor ergotherapeuten. Dit model komt voort uit een andere context en werd in het kader van deze studie in de context ergotherapie “uitgeprobeerd”.

Passend bij een hanteerbaarheidsstudie werd gebruik gemaakt van *mixed method*, oftewel gemengde methode (Donald, 2018; Orsmond & Cohn, 2015). De onderzoekers hebben kwantitatieve en kwalitatieve dataverzamelings- en analysetechnieken voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen toegepast (Creswell, 2014; Saunders, Lewis, & Thornhill, 2015).

In dit onderzoek was sprake van een parallelle *mixed method* dataverzameling (Creswell, 2014). Dit wil zeggen dat de gemengde dataverzameling tijdens het onderzoek werd ingedeeld in twee fases die wel ongeveer tegelijk (parallel) uitgevoerd werden (figuur 2-1). Door het verzamelen van kwantitatieve en kwalitatieve data kreeg het onderzoeksteam te maken met twee verschillende benaderingen tijdens de dataverzameling en -analyse. Bij de interpretatie van de gegevens konden deze echter samengevoegd en aan elkaar verbonden worden.



Figuur 2-1 Parallele mixed method (Creswell, 2014)

Voor het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag werden aan de hand van een vragenlijst voornamelijk kwantitatieve gegevens verzameld (paragraaf 2.4). Kwantitatieve benadering was van toepassing door het gesloten karakter van de onderzoeksvraag.

Kwalitatieve data werden verzameld voor het beantwoorden van onderzoeksvraag twee (paragraaf 2.5). Deze onderzoeksvraag had een open karakter en was gericht op de beleefde ervaring van de respondenten tijdens het gebruik van het 4-bollen model (Baarda et al., 2013). De subjectieve ervaringen van de ergotherapeuten werden aan de hand van semigestructureerde interviews in kaart gebracht. Het achterliggende referentiekader van het kwalitatieve gedeelte van deze studie waren wetenschapsopvattingen vanuit de fenomenologie. De focus lag op het begrijpen van hoe de ergotherapeuten het 4-bollen model hebben ervaren (Baarda et al., 2013).

Doorlopen proces

Bij het ontwerp hanteerbaarheidsstudie horen bepaalde stappen voor het uitvoeren van het onderzoek (Orsmond, 2015). In eerste instantie werd aandacht besteedt aan de onderzoekspopulatie, namelijk het werven van een steekproef. Met deze steekproef werd het onderzoek vormgegeven. Als tweede werden de methoden van dataverzameling en -analyse gekozen.

Ten slotte werden de verzamelde gegevens volgens gestandaardiseerde procedures geanalyseerd en geïnterpreteerd. In het onderstaande is het gehele proces van het onderzoek beschreven (*thick description*).

2.2 Participanten

2.2.1 Werving en participanten

Voor de studie werd een doelgerichte, homogene steekproef geworven. Hierdoor werden onderlinge vergelijkingen van kenmerken en eigenschappen tussen de respondenten mogelijk (Creswell, 2014). Door het handhaven van deze wervingsmethode kon doelgericht een steekproef geselecteerd worden, die het beantwoorden van de onderzoeksvragen mogelijk maakte. Hiervoor werden de volgende inclusiecriteria opgesteld: Nederlandstalige ergotherapeuten, werkend met patiënten ouder dan 18 jaar en werkzaam in de eerstelijns/revalidatie/GGZ of een ziekenhuis (zie figuur 2-2).

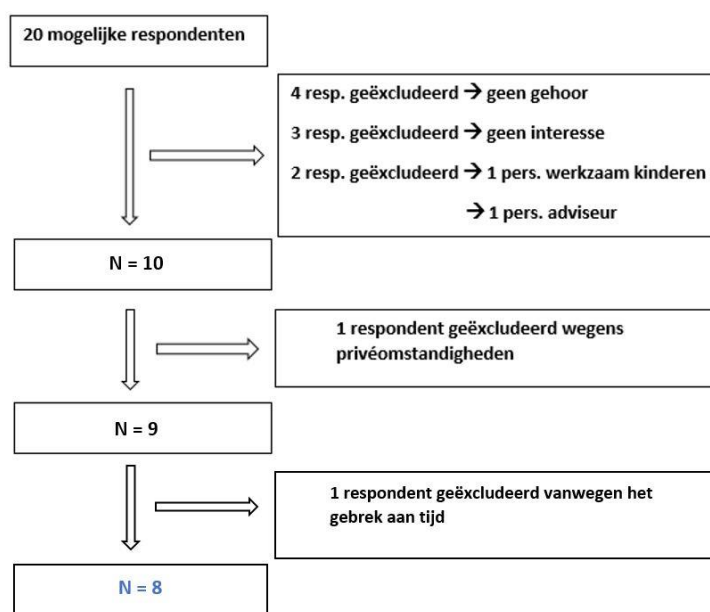
Inclusie	
+	Nederlandstalige ergotherapeuten
+	Werkend met patiënten ouder dan 18 jaar
+	Werkend in de 1 ^e lijn
+	Werkend op een revalidatieafdeling
+	Werkend in de GGZ

Figuur 2-2 Inclusiecriteria

De werving werd vormgegeven door gebruik te maken van *social media* en onderlinge netwerken van de onderzoekers en de docent begeleider. De onderzoeksgroep heeft een flyer ontworpen die op LinkedIn, Facebook en in de groep van 'Ergotherapie Nederland' geplaatst werd (zie bijlage 1). Hiernaast werden potentiële participanten persoonlijk via mail of LinkedIn benaderd. In een periode van twee weken hadden de onderzoekers de tijd om participanten voor het onderzoek te rekruteren.

Uiteindelijk participeerden tien ergotherapeuten (N=10) in het onderzoek, die tevens voldeden aan de inclusiecriteria. Hiervan waren vier ergotherapeuten werkzaam in de revalidatie, drie in de eerstelijns, twee in een ziekenhuis en één in een dagbehandeling.

Gedurende het onderzoek moesten twee participanten geëxcludeerd worden vanwege persoonlijke redenen en tijdsgebrek (N=8). Eén van die twee had wel een bijdrage aan de dataverzameling van onderzoeksvraag één (zie figuur 2-3).



Figuur 2-3 Schematische weergave werving

2.3 Scholing

Alle ergotherapeuten (N=10) werden door middel van een scholing, gegeven door de onderzoekers, voorbereid op de praktische toepassing van het 4-bollen model. In deze scholing kwamen de volgende aspecten aan bod: aanleiding/doel van het onderzoek, achtergrond/inhoud van het model, voorbeeld van een praktische toepassing (demonstratiefilm) en de combinatie van het model met de patiëntenprofielen (zie paragraaf 1.2.1). Verder hebben de ergotherapeuten kunnen oefenen met het model en hierbij vragen kunnen stellen aan de onderzoekers. Ten slotte zijn de vervolprocedures bijhorende het onderzoek uitgelegd.

2.4 Onderzoeksvraag 1

2.4.1 Dataverzameling

Doormiddel van kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling kon de eerste onderzoeksvraag “is het 4-bollen model hanteerbaar voor ergotherapeuten, bij het exploreren van de huidige en gewenste situatie, het gezamenlijk opstellen van doelen en het plan van aanpak?” worden beantwoord.

Voor de kwantitatieve data werd een vragenlijst opgesteld via Google Forms die zich richtte op het achterhalen van de hanteerbaarheid van het 4-bollen model. Bij sommige vragen konden de respondenten hun antwoorden toelichten. Deze aanvullingen vallen onder kwalitatieve dataverzameling.

In de volgende alinea wordt beschreven welke stappen doorlopen zijn om de vragenlijst vorm te geven.

Operationaliseren

Voor het opstellen van de kwantitatieve vragenlijst werd het begrip hanteerbaarheid geoperationaliseerd. Voor het operationaliseren werden kenmerken van hanteerbaarheid vertaald in concreet meetbare termen (Dassen, Keuning, Jansen, & Jansen, 2010). Voor het operationaliseren van het begrip doorliepen de onderzoekers vier stappen (Baarda et al., 2017; te Grotenhuis & van der Weegen, 2008).

Eerst werd het begrip hanteerbaarheid gedefinieerd zodat duidelijk was wat hanteerbaarheid inhoudt. Hiervoor is een literatuurstudie gedaan waarin bekeken werd hoe de vakliteratuur hanteerbaarheid definieert. De definitie voor hanteerbaarheid in dit onderzoek is beschreven in het theoretisch kader (paragraaf 1.2). De dimensies uitvoerbaarheid, flexibiliteit en randvoorwaarden bepalen de hanteerbaarheid van het 4-bollen model. Door het opstellen van indicatoren en items werden deze dimensies geconcretiseerd en konden gerichte vragen voor de vragenlijst geformuleerd worden (Baarda et al., 2017). Deze gaan in op tijd, eenvoud en de aanpasbaarheid van het model (zie figuur 2-1). De opgestelde vragen en antwoordalternatieven waren voor elke respondent hetzelfde en werden opgesteld zonder individuele aanpassingen per respondent (Baarda, Kalmijn, & Goede de, 2015).

<i>Begrip</i>	<i>Dimensie</i>	<i>Indicator</i>	<i>Items</i>	<i>Vragen</i>
Begrip Hanteerbaarheid	Uitvoerbaarheid	Tijd	Afnametijd (heden en verleden) Rapportagetijd (heden en verleden)	Hoelang heeft de afname van het 4- bollen model geduurd? Hoeveel tijd heeft u nodig voor een intake volgens uw standaardwerkwijze?

Tabel 2-1 Operationaliseren

Het is een digitale vragenlijst met een korte afnametijd van vijf tot tien minuten (zie bijlage 4). Gezien de korte onderzoeksperiode werd op deze manier kosten en tijd bespaart (Baarda et al., 2017). De respondenten konden deze vragenlijst ten alle tijde oproepen en invullen. Om de korte afnametijd te kunnen waarborgen is rekening gehouden met de aard van de vragen en het aantal vragen. De uiteindelijke vragenlijst bestaat uit 14 inhoudelijke vragen.

In de vragenlijst werd in het begin gevraagd naar persoonlijke gegevens van de respondent en de cliënt bij wie het 4-bollen model werd afgenomen (Baarda et al., 2017). Bij de respondenten werd gevraagd naar de setting waarin zij werkzaam zijn, zodat wellicht een uitspraak gedaan kon worden, in welke setting het 4-bollen model hanteerbaar is. Gevraagd werd ook naar de diagnose en geboortejaar van de cliënt. Op deze manier kon wellicht een samenhang achterhaalt worden tussen de inzet van het 4-bollen model en de diagnose van de cliënt.

Na het verzamelen van de persoonlijke gegevens volgden inhoudelijke vragen met betrekking tot de opgestelde items (zie bijlage 3). De vragen werden zo concreet mogelijk geformuleerd en bevatten geen onbekende of vage begrippen. Zij werden zo kort mogelijk geformuleerd en tussenzinnen werden vermeden. De onderzoekers hebben rekening gehouden de vragen niet sturend te formuleren (Baarda et al., 2015). Bij twee vragen werden begrippen van een sterretje voorzien en onderaan de vraag toegelicht, om de vragen zo kort en bondig mogelijk te houden. In de vragenlijst kwamen gesloten en open vragen aan bod.

De vragenlijst bevatte vragen met een ordinale 4-punts schaal (geheel mee on eens, mee oneens, mee eens, geheel mee eens). Hierdoor werd de antwoordmogelijkheid “neutraal” uitgesloten (Dassen et al., 2010). Dit had als gevolg dat de respondenten zich actiever met de vraag en de antwoordmogelijkheden moesten bezighouden en zo het risico op *antwoordbias* verminderd werd (zie betrouwbaarheid en validiteit).

Betrouwbaarheid en validiteit

Voor het waarborgen van methodologische kwaliteit van de vragenlijst werd rekening gehouden met de indruksvaliditeit (*face validity*) en inhoudsvaliditeit (*content validity*) (Baarda et al., 2017). De vragenlijst meet namelijk wat de onderzoekers beoogde te meten, doordat zij de geoperationaliseerde indicatoren van hanteerbaarheid bevatte. De verschillende indicatoren werden in hoofdkoppen duidelijk in de vragenlijst vermeld.

Bij de schaalverdeling is rekening gehouden met antwoordbias en positiebias. Dit zijn antwoordtendenties die onbewust tijdens het invullen van vragenlijsten bij de respondent kunnen ontstaan (Dassen et al., 2010). In het geval van een antwoordbias heeft de respondent de neiging om steeds hetzelfde antwoord te scoren. Bij de positiebias scoort hij onbewust steeds op dezelfde positie van de vragenlijst. We hebben hiermee rekening gehouden door zoals boven toegelicht gebruik te maken van een 4-punts schaal.

Bij het formuleren en opstellen van de verschillende vragen en antwoordmogelijkheden werd met alle onderzoekers beredeneerd of de vragen duidelijk waren. Ter controle van de vragenlijst zijn vijf pilots afgenomen met zowel studenten als docenten. De pilots waren voornamelijk gericht op leesbaarheid, begrijpelijkheid, opbouw en de keuze van antwoordmogelijkheden. Daarnaast is vanuit de scholing gebleken dat de schaalverdeling met betrekking tot de indicator tijd niet passend was bij de werkwijze van de ergotherapeuten. Na de pilots en de scholing werd de vragenlijst nog een keer aangepast, waardoor de betrouwbaarheid van de dataverzameling verhoogd werd (Dassen et al., 2010).

2.4.2 Data-analyse

De verkregen gegevens uit de vragenlijst werden systematisch geregistreerd en geanalyseerd. Hierbij werd gebruik gemaakt van beschrijvende, oftewel descriptieve statistiek. De gegevens werden inzichtelijk gemaakt en beschreven door het gebruik van grafieken (te Grotenhuis & van der Weegen, 2008). De manier waarop de gegevens werden weergegeven was afhankelijk van het gebruikte meetniveau (Dassen et al., 2010). Onderstaand wordt per meetniveau ingegaan op de bijbehorende grafiek.

Algemene informatie

De algemene informatie zoals diagnose cliënt en geboortjaar werden geanalyseerd en beschreven aan de hand van tabellen, zodat de gegevens inzichtelijk worden voor de lezer (te Grotenhuis & van der Weegen, 2008).

Indicator Tijd

De vragen met betrekking tot de variabele tijd werden op rationiveau gemeten. De variabele tijd heeft een absoluut nulpunt, waarbij sprake is van een rangorde. Tijd werd in de vragenlijst aangegeven in minuten en kon door middel van een open antwoordmogelijkheid door de respondenten zelf ingevuld worden. Met deze data kon de gemiddelde tijd die nodig is voor de afname van het 4-bollen model en de rapportage tijd hiervan berekend worden. Deze werden vergeleken met de gemiddelde afname en rapportage tijd volgens de standaardwerkwijze van de ergotherapeut. Zo kon het gemiddelde mee worden genomen in de uitspraken over de hanteerbaarheid van het 4-bollen model. Verder werd in gegaan op de individuele resultaten per persoon.

Indicatoren complexiteit, flexibiliteit, benodigdheden, voorbereiding voor de afname

Bij een groot deel van de vragen werd gemeten op ordinaal niveau, waarbij de afstand tussen de meetpunten niet vast staat. In de vragenlijst werd gebruik gemaakt van twee verschillende 4-punts schaalverdelingen, namelijk heel moeilijk tot heel makkelijk en geheel mee oneens tot geheel mee eens (zie figuur 2-4) (Dassen et al., 2010). Drie vragen werden op nominaal niveau gemeten, waarbij de antwoordmogelijkheid alleen bestond uit ja of nee (te Grotenhuis & van der Weegen, 2008).

Moeilijkheidsgraad van de afname				
Het toepassen van het 4-bollen model was...	Heel moeilijk	Moeilijk	Makkelijk	Heel makkelijk

Figuur 2-4 Ordinaal niveau

De antwoorden werden vervolgens door middel van cirkeldiagrammen weergegeven. In de resultaten worden de uitkomsten per indicator beschreven, waarbij ingegaan wordt op de onderlinge verhoudingen en bijzonderheden (te Grotenhuis & van der Weegen, 2008).

Betrouwbaarheid en validiteit

Voor het waarborgen van de methodologische kwaliteit van de geanalyseerde gegevens werden de volgende acties ondernomen.

De kwalitatieve gegevens vanuit de vragenlijst (toelichtingen) werden per indicator bij het analyseren meegenomen, om de beschrijvingen van de resultaten te verduidelijken en/of aan te vullen. De kwantitatieve en kwalitatieve gegevens uit de vragenlijst werden vervolgens door meerdere onderzoekers onafhankelijk van elkaar geanalyseerd en gecontroleerd (onderzoekerstriangulatie) (Baarda et al., 2017). Op deze manier werden de geïnterpreteerde gegevens betrouwbaarder.

Gedurende het proces werden de opdrachtgeefster en de docentbegeleidster betrokken bij het maken van cruciale beslissingen en het controleren van geïnterpreteerde gegevens (peer review) (Saunders et al., 2015).

2.5 Onderzoeksvraag 2

2.5.1 Dataverzameling

Om de tweede onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden werden interviews met acht ergotherapeuten (n=8) uitgevoerd. Interviews werden gebruikt om de ervaringen, meningen, motivaties en gedachten van de ergotherapeuten met betrekking tot de meerwaarde van het model te achterhalen (Baarda et al., 2013).

De onderzoekers hebben individuele interviews afgenomen. De reden hiervoor is dat diepgaande persoonlijke verhalen, naar ervaringen/meningen van de respondenten, geëxploreerd werden. Zoals in de steekproef is beschreven (zie paragraaf 2.2) werken de ergotherapeuten in verschillende contexten, waardoor de onderzoekers ingaan op de individuele context om deze te kunnen begrijpen. Verder gaat het om complexe werkprocessen die individueel verschillend kunnen zijn. Ten slotte woog hierin ook een organisatorisch aspect mee. Door de verschillende contexten, was het vanwege de geografische verspreiding van de ergotherapeuten niet mogelijk om in groepsverband te interviewen (Evers, 2007).

Het explorerend/verkenkend karakter bepaalde in grote lijnen de manier waarop het interview werd vormgegeven. Hierbij was een semigestructureerde aanpak van interviewen aan de orde (Saunders et al., 2015). Aan de hand van de voorafgaande literatuurstudies die gemaakt zijn door de onderzoekers werd belangrijke achtergrondkennis over het onderwerp verkregen. Door deze kennis zijn specifieke topics naar voren gekomen waarover de onderzoekers meningen/ervaringen van de ergotherapeuten wilden verkrijgen.

Om te voorkomen dat belangrijke informatie werd gemist, hebben de onderzoekers ruimte gelaten voor individuele aanvullingen buiten deze topics (Baarda et al., 2013). De combinatie van de vastgestelde topics met ruimte voor individuele aanvullingen geeft het semigestructureerde karakter weer. Verder kenmerkte het interview zich door de open geformuleerde beginvraag per topic, waardoor de ergotherapeuten zich vrij voelden om hun ervaringen met de interviewer te delen. Het doorvragen was echter vooraf niet vastgelegd. Dit hebben de onderzoekers bewust gedaan, zodat de interviewer zelf kon bepalen welke topics geconcretiseerd moesten worden (Baarda, van der Hulst, & de Goede, 2012).

Om handvatten te geven voor de interviewers werd een interviewgide opgesteld (zie bijlage 5). Het belangrijkste onderdeel is de topiclijst, hierin staan alle onderwerpen die aan bod moesten komen. De interviewer heeft hierbij de mogelijkheid om af te vinken welke topics al aan de orde zijn geweest (zie figuur 2-5). Daarnaast staan in de interviewgide voorbeelden met betrekking tot het doorvragen die de interviewer kan ondersteunen tijdens de afname van het interview (Baarda et al., 2012).

Topic lijst			
	Subtopics		
Helpt bij het exploreren	Huidige situatie ☐	Handelingsprobleem ☐	Gezondheid ☐
	Gewenste situatie ☐	Hulpvraag ☐ Doelen ☐	Activiteiten ☐ Omgeving ☐ Eigen manier ☐

Figuur 2-5 Voorbeeld topiclijst interviewgide

Betrouwbaarheid en validiteit

Voor het waarborgen van de methodologische kwaliteit van het interview werden een aantal stappen ondernomen. Allereerst hebben de onderzoekers een peer review uitgevoerd, door het concept van de interviewgide te laten voorzien van kritische feedback van zowel de docentbegeleidster als van de opdrachtgeefster. Door deze kritische feedback konden de onderzoekers de interviewgide kwalitatief verbeteren (Baarda et al., 2013).

De eigen mening en attitude van de interviewers ten opzichte van het onderwerp werden voorafgaand aan het interview geëxpliciteerd (reflexiviteit). Hierdoor konden zij zich bewust worden in hoeverre deze attitudes van invloed zouden kunnen zijn op het interview. De onderzoekers hebben notities bijgehouden om hun meningen/attitudes expliciet te maken (Baarda et al., 2012). Dit komt de betrouwbaarheid van de gegevens ten goede, doordat de interviewers bewust hun interpretaties aan de kant schuiven tijdens het uitvoeren van het interview. Betrouwbaarheid wordt in deze context gedefinieerd als de mate waarin de antwoorden die men krijgt onafhankelijk zijn van toeval (Baarda et al., 2012).

Voor het verhogen van de betrouwbaarheid van de interviews werd ook gebruik gemaakt van audio opnameapparatuur. Hierdoor is de controle van het interview achteraf gewaarborgd (Baarda et al., 2012).

Een ander aspect wat de methodologische kwaliteit van het interview positief beïnvloedt, is het verhogen van de validiteit. Betrouwbaarheid is namelijk geen garantie voor een goede validiteit (Baarda et al., 2012).

Validiteit betekent in deze context dat de verzamelde informatie uit de interviews een juiste afspiegeling vormt van de werkelijkheid. Dit houdt in dat de geïnterviewde vertelt wat hij daadwerkelijk van het onderwerp vindt. Voor het verbeteren van de interview vaardigheden hebben de onderzoekers onderling geoefend. Hierdoor konden de onderzoekers inschatten of ze instaat waren om een objectieve houding in te nemen. Dit betekent dat de interviewers geen suggestieve vragen probeerden te stellen, waardoor de geïnterviewde niet naar een bepaalde antwoord richting werd gestuurd (Baarda et al., 2012).

Verder werd het eerste interview als pilot gebruikt. Hierdoor kon achterhaalt worden dat alle topics in de lijst volledig waren en in een logische volgorde stonden. Daarnaast bleek dat de geïnterviewde de vragen goed begreep, wat benadrukte dat de vragen concreet gesteld werden. Afsluitend werd geconcludeerd dat de interviewgide volledig en helder bleek te zijn. Hierdoor konden de onderzoekers goed voorbereid aan de slag met de verdere afnames van de interviews (Baarda et al., 2012).

2.5.2 Data-analyse

Aan de hand van de verzamelde gegevens zijn de onderzoekers begonnen met het analyseren van het materiaal. Voor het analyseren werd de gestandaardiseerde methode conventionele inhoudsanalyse toegepast (plausibiliteit). Hierbij lag de focus op het verkrijgen van nieuwe inzichten, vanwege het feit dat bestaande theorieën over het onderwerp beperkt zijn. Om deze reden werd een inductieve analyse methode toegepast, die zich kenmerkte door een open/brede verkenning van de gegevens (Saunders et al., 2015).

De analytische fase werd vormgegeven middels het doorlopen van de volgende stappen.

Allereerst werd een selectie gemaakt van het onderzoeksmateriaal. De onderzoekers hebben erop gelet dat het materiaal rijk was aan informatie, door te starten met materiaal dat verschillende perspectieven op het onderwerp vertegenwoordigde (Baarda et al., 2013).

In de tweede stap zijn de geluidsfragmenten omgezet in een transcript en deze zijn vervolgens herhaaldelijk gelezen. De onderzoekers hebben woordelijk getranscribeerd in plaats van letterlijk, waardoor irrelevante fragmenten werden weggelaten (Baarda et al., 2013).

Na het transcriberen van het materiaal zijn de onderzoekers begonnen met het open coderen. Voor het open coderen is de in vivo methode toegepast waarbij de relevante informatie, voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, in het transcript geel werd gemarkeerd. De gemarkeerde informatie werd vervolgens als open code beschreven (zie bijlage 10). De codes bleven hierdoor dicht bij het materiaal en eigen interpretaties van de onderzoekers werden op deze manier vermeden (Baarda et al., 2013).

Vervolgens werden alle open codes van de interviews bij elkaar gebracht en gesorteerd naar inhoudelijke overeenkomsten. Uiteindelijk zijn vanuit deze inhoudelijke overeenkomsten de sub en axiaal codes opgesteld. Deze codes weerspiegelen concepten bijhorende het begrip meerwaarde, waardoor de onderzoeksvraag uiteindelijk kon worden beantwoord. De onderzoekers hebben een tabel gebruikt om het coderen vanuit het transcript overzichtelijk te maken (zie tabel 2-2 en bijlage 9).

Transcript	Open codes	(eventueel) subcodes	Axiaal codes

Tabel 2-2 Weergave transcript

Naar aanleiding van het coderen werd een boomdiagram gemaakt. Het boomdiagram werd gevisualiseerd door hoofdtakken (axiaal codes), die vervolgens weer uiteenvallen in sub takken (sub codes) (zie bijlage 6) (Baarda et al., 2013).

Om de kwaliteit van de codes te waarborgen, heeft een tweede onderzoeker de codes bekeken en gecontroleerd of hier een passende samenhang tussen was (Baarda et al., 2013). Ook hebben meerdere reflecties plaatsgevonden gedurende het coderen. Tijdens deze reflecties hebben de onderzoekers nogmaals de codes van meerdere transcripten bekeken, om na te gaan of een correcte spelling werd gehanteerd en of de codes middels een vaste consistentie waren opgesteld (Baarda et al., 2013).

Betrouwbaarheid (Trustworthiness)

In deze paragraaf worden alle methodes beschreven die ondernomen werden voor het waarborgen van de methodologische kwaliteit van de kwalitatieve data-analyse.

Zoals beschreven is in paragraaf 2.5.1 werd in eerste instantie een proefinterview uitgevoerd. Aan de hand van dit interview hebben de onderzoekers de gegevens individueel, middels bovenstaande methode, geanalyseerd (Saunders et al., 2015). Vervolgens werden deze individuele analyses door de onderzoekers geëvalueerd, zodat een hogere mate van homogeniteit van analyseren tussen de verschillende onderzoekers gecreëerd kon worden. Hierdoor kan onder andere de geloofwaardigheid van de analyses gewaarborgd worden. Dit vergroot de kans dat de onderzoeksresultaten een realistisch beeld van de bestudeerde verschijnselen weergeven (Baarda et al., 2013).

Verder werden de interpretaties van de verzamelde gegevens ter controle opgestuurd naar elke individuele ergotherapeut (*member checking*). Naar aanleiding van de reacties konden de onderzoekers concluderen dat zij de gegevens goed geïnterpreteerd hebben. Hierdoor kan de onderzoeksgroep garanderen dat de interpretaties een juiste weerspiegeling zijn van de ervaringen en meningen, wat tevens de geloofwaardigheid ten goede komt.

De gegevens werden door meerdere onderzoekers onafhankelijk van elkaar geanalyseerd en gecontroleerd (onderzoekerstriangulatie). Gedurende het proces werden de opdrachtgeefster en de docentbegeleidster betrokkenen bij het maken van cruciale beslissingen en het controleren van geïnterpreteerde gegevens (peer review) (Saunders et al., 2015).

De bijgehouden notities over de eigen gedachtes betreffende het onderwerp komt ook de betrouwbaarheid van de analyse ten goede. Hierdoor konden de onderzoekers ook tijdens de analyse fase hun eigen denkpatronen aan de kant schuiven en vervolgens *out of the box* gaan denken (Saunders et al., 2015).

2.6 Ethische overwegingen

Om te voorkomen dat op een of andere manier druk wordt uitgeoefend om deel te nemen aan het onderzoek, hebben alle ergotherapeuten aan het einde van de scholing een toestemmingsverklaring ingevuld. In deze toestemmingsverklaring is aangegeven dat de interviews worden opgenomen en dat de gegevens enkel en alleen voor het onderzoek worden gebruikt. Verder wordt aangegeven dat de deelnemers zich vrijwillig terug mogen trekken uit het onderzoek. Ook zijn de ergotherapeuten geïnformeerd dat de anonimiteit van de deelnemers en resultaten gewaarborgd blijft.

Door het ondertekenen van de toestemmingsverklaring gingen zij akkoord met het bovenstaande (Saunders et al., 2015). Zie bijlage acht en negen voor de informatiebrief en de toestemmingsverklaring.

3. RESULTATEN

3.1 Onderzoeksvraag 1

Onderstaand worden de resultaten beschreven die betrekking hebben op de onderzoeksvraag “is het 4-bollen model hanteerbaar voor ergotherapeuten, bij het exploreren van de huidige en gewenste situatie, het gezamenlijk opstellen van doelen en het plan van aanpak?”. Bij de dataverzameling voor onderzoeksvraag één namen negen ergotherapeuten deel. Hiervoor hebben zij per afname met een cliënt de vragenlijst ingevuld (paragraaf 2.3). Uiteindelijk werd het model twaalf keer toegepast.

3.1.1 Algemene kenmerken

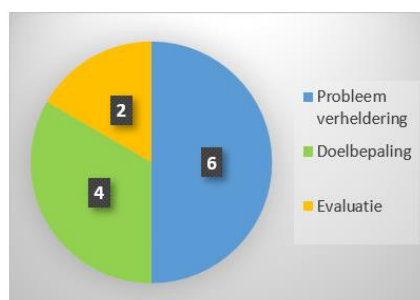
Het 4-bollen model werd in verschillende contexten door ergotherapeuten toegepast. Vijf keer in een eerstelijnspraktijk, vier keer in een revalidatiesetting, twee keer in een ziekenhuis en één keer in de dagbehandeling. Door deze diversiteit in contexten werd het 4-bollen model bij cliënten met verschillende ziektebeelden/diagnoses en leeftijden afgenomen (zie tabel 3-1).

Context	Diagnose/ziektebeeld cliënt	Geboortejaar cliënt
Eerstelijns ergotherapie 3 ergotherapeuten 5 ingevulde vragenlijsten	Burn out – dwanghandelingen Ouderdom, glaucoom, beperkte mobiliteit Dementie Reuma, mobiliteitsbeperkingen Dementie	1957 1921 1924 1953 1928
Revalidatie 3 ergotherapeuten 4 ingevulde vragenlijsten	CVA CVA CVA Cerebrale parese	1945 1963 1979 1985
Ziekenhuis 2 ergotherapeuten 2 ingevulde vragenlijsten	Oncologie met vermoeidheidsklachten Oncologie met vermoeidheidsklachten	1959 1946
Dagbehandeling 1 ergotherapeut 1 ingevulde vragenlijst	Problemen fijne motoriek van vingers	1948

Tabel 3-1 Algemene kenmerken

Fasering

De grafiek laat zien dat het model zes keer is afgenomen tijdens de probleemverheldering/inventarisatie. Verder is het model vier keer ingezet voor de doelbepaling en twee keer voor de evaluatie (zie figuur 3-1).



Figuur 3-1 Fasering

3.1.2 Uitvoerbaarheid

Tijd

In de linker kolom van tabel (3-2) wordt de tijd in minuten van de afname met het 4-bollen model weergegeven. Opvallend is de grote variatie tussen de kortste afnametijd (15 minuten) en de langste afnametijd (120 minuten). De afnametijd van het 4-bollen model levert een gemiddelde op van 43 minuten en 45 seconden.

In de rechter kolom van tabel (3-2) wordt de tijd in minuten van de afname zonder het 4-bollen model weergegeven (standaardwerkwijze). Hierbij is de verhouding tussen de kortste (15 minuten) en de langste afnametijd (120 minuten) gelijk aan de afname met het 4-bollen model. De gemiddelde afnametijd volgens de standaardwerkwijze is 44 minuten en 4 seconden.

Duur afname 4-bollen model in minuten	Duur afname zonder 4-bollen model
1 x 15 minuten	1 x 15 minuten
1 x 25 minuten	1 x 20 minuten
3 x 30 minuten	4 x 30 minuten
1 x 35 minuten	1 x 35 minuten
4 x 45 minuten	1x 45 minuten
1 x 60 minuten	3 x 60 minuten
1 x 120 minuten	1 x 120 minuten
Gemiddelde	
43:45 minuten	44:04 minuten

Tabel 3-2 Afnametijd in minuten

In de linker kolom van tabel (3-3) wordt de rapportagetijd in minuten na afname van het 4-bollen model weergegeven. Eén van de ergotherapeuten gaf aan geen tijd (0 minuten) kwijt te zijn aan het rapporteren, omdat dit tijdens de afname van het model gebeurde. De langste rapportagetijd na afname van het 4-bollen model is 20 minuten. De gemiddelde rapportagetijd na afname van het 4-bollen model is 9 minuten en 30 seconden.

In de rechter kolom van tabel (3-3) wordt de rapportagetijd in minuten volgens de standaardwerkwijze weergegeven. Twee van de ergotherapeuten gaven hierbij aan geen tijd kwijt te zijn aan het rapporteren. Zowel de kortste als langste rapportagetijd is gelijk aan de waardes na afname van het 4-bollen model. De gemiddelde rapportagetijd volgens de standaardwerkwijze is 8 minuten en 20 seconden.

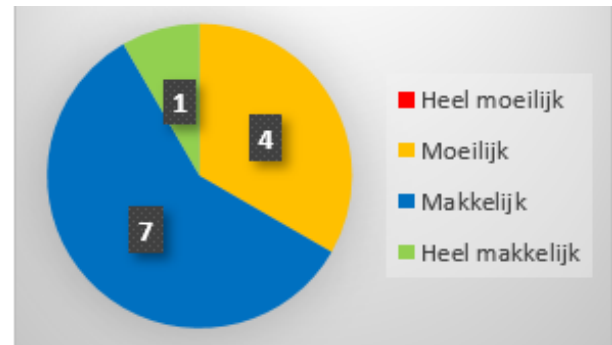
Rapporteren na 4-bollen model	Rapporteren zonder 4-bollen model
1 x Tijdens gesprek, 0 minuten	2 x Tijdens gesprek, 0 minuten
3 x 5 minuten	3 x 5 minuten
5 x 10 minuten	5 x 10 minuten
2 x 15 minuten	1 x 15 minuten
1 x 20 minuten	1 x 20 minuten
Gemiddelde	
9:30 minuten	8:20 minuten

Tabel 3-3 Rapportagetijd in minuten

Complexiteit

Het diagram (figuur 3-2) laat zien dat de meerderheid (7) van de ergotherapeuten de toepassing van het 4-bollen model als makkelijk heeft ervaren, terwijl vier aangaven dit juist moeilijk te vinden. Opvallend is dat de toepassing niet als heel moeilijk werd ervaren.

Moeilijkheden werden met name ervaren door complexere casuïstieken, gebrek aan routine en de toepassing van het model bij een cliënt in de acute fase.

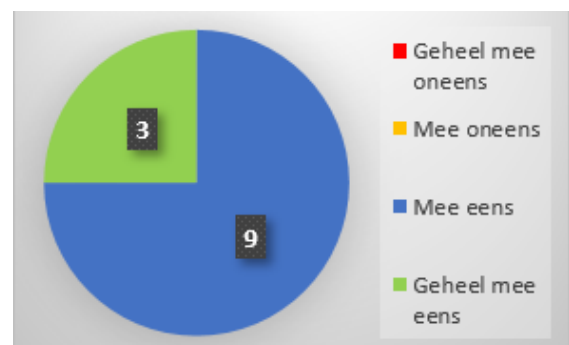


Figuur 3-2 Moeilijkheidsgraad van het gebruik van het 4-bollen model

Flexibiliteit

Aangezien de cliënt in het 4-bollen model centraal staat, is het van belang dat het model flexibiliteit en een individuele aanpak mogelijk maakt. Negen ergotherapeuten waren het ermee eens dat het 4-bollen model aanpasbaar is aan de individuele cliënt. Zelfs drie ergotherapeuten waren het hier geheel mee eens (zie figuur 3-3).

De toelichtingen benadrukken dat de bollen en hulpvragen van het model "vormbaar" zijn naar de cliënt. Verder werd benoemd dat de sessie door het 4-bollen model voortdurend stuurbaar blijft.

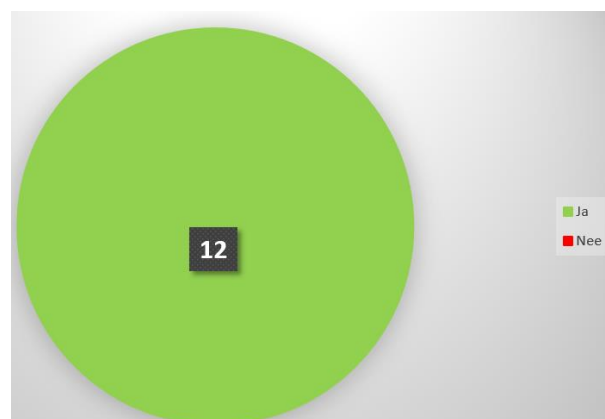


Figuur 3-3 Aanpasbaarheid van het model per cliënt is mogelijk

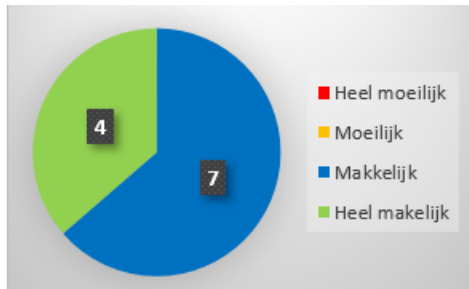
3.1.3 Algemene randvoorwaarden

Benodigdheden voor gebruik

Het diagram toont aan dat voor alle ergotherapeuten het benodigde materiaal (pen, kopie 4-bollen model, eventueel voorbeeldvragen), voor het gebruik van het 4-bollen model, beschikbaar was in hun setting. Naast deze benodigdheden hadden de ergotherapeuten geen aanvullend materiaal nodig (zie figuur 3-4).



Figuur 3-4 Benodigdheden voor gebruik beschikbaar



Figuur 3-5 Opzet van het model begrijpelijk

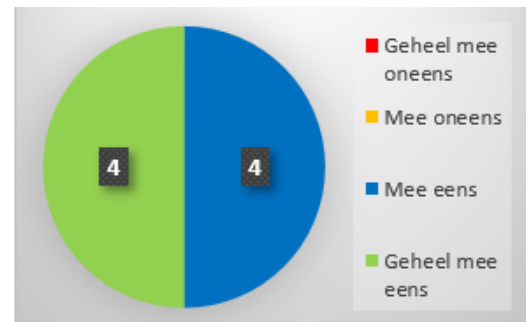
Opzet van het model

Op de stelling “de opzet van het 4-bollen model is voor mij als professional te begrijpen”, reageerden zeven ergotherapeuten met makkelijk. Vier ergotherapeuten vonden het zelfs heel makkelijk te begrijpen (zie figuur 3-5).

Eén van deze vier ergotherapeuten beschreef het model als “duidelijk, overzichtelijk en *to-the-point*”. Daarnaast werd benadrukt dat het model en “het achterliggende doel duidelijk is” en het “direct toe te passen is zonder ingewikkelde instructie.”

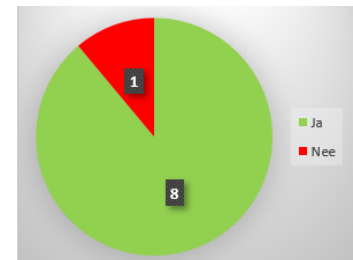
Scholing toereikend

Voorafgaand aan het onderzoek heeft een scholing plaatsgevonden met betrekking tot de inhoud en toepassing van het 4-bollen model. Vier van de acht ergotherapeuten gaven aan dat ze het geheel mee eens waren dat de scholing voldoende handvaten bood om aan de slag te kunnen gaan met het model (zie figuur 3-6). De overige ergotherapeuten waren het hier mee eens. Opvallend is dat geen ergotherapeut aangaf het hier geheel mee oneens of mee oneens te zijn.

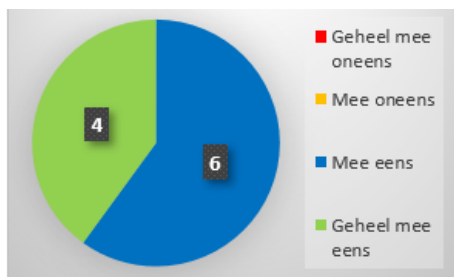


Figuur 3-6 Scholing gaf voldoende ondersteuning

Aan het einde van de scholing werd een handleiding meegegeven. De handleiding bevatte de inhoud van het 4-bollen model en de patiëntenprofielen. De grafiek toont aan dat acht ergotherapeuten vonden dat de handleiding ondersteuning bood bij het toepassen van het 4-bollen model (zie figuur 3-7). Echter gaf één ergotherapeut aan de handleiding niet als ondersteunend te hebben ervaren.



Figuur 3-7 Handleiding gaf voldoende ondersteuning



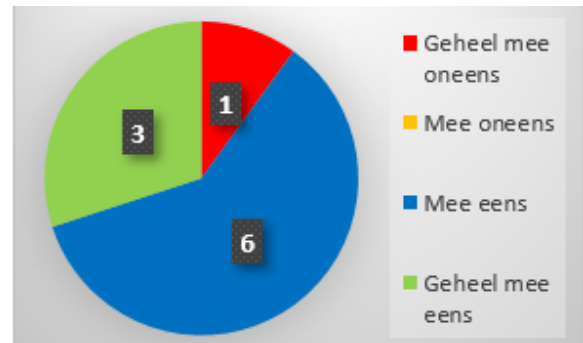
Figuur 3-8 Na scholing vaardig voelen voor gebruik 4-bollen model

De grafiek laat zien dat zes ergotherapeuten, naar aanleiding van de scholing, het mee eens waren zich voldoende vaardig te voelen om het model toe te passen. Verder waren vier ergotherapeuten het met de stelling geheel mee eens. De grafiek geeft aan dat geen ergotherapeuten het met de stelling mee oneens of geheel mee oneens waren (zie figuur 3-8).

Eén ergotherapeut gaf als toelichting zich vaardig te voelen tijdens de uitvoering met een mondige cliënt. Echter vroeg de ergotherapeut zich af “of ik voldoende vaardig ben dit model in te vullen bij cliënten die weerstand tonen of weinig bereidwilligheid hebben om te veranderen”. Ten slotte gaf één ergotherapeut het volgende aan “door het vaker te doen, ga je je steeds vaardiger voelen”.

Het diagram geeft weer hoeveel ergotherapeuten het zich voor kunnen stellen om het 4-bollen model te integreren in hun huidige werkwijze (zie figuur 3-9). Zes ergotherapeuten gaven aan het mee eens te zijn met de stelling “het is mogelijk om het 4-bollen model te integreren in mijn huidige werkwijze”. Drie ergotherapeuten waren het met de stelling zelfs geheel mee eens. Wat opvalt is dat één ergotherapeut het hier geheel mee oneens was.

De ergotherapeut met het antwoord geheel mee oneens beschreef het model als “te onhandig”, waardoor hij het niet zou integreren in zijn huidige werkwijze. Met betrekking tot de antwoorden mee eens en geheel mee eens werden verschillende toelichtingen beschreven. Zo gaf één ergotherapeut aan het “niet volledig” te integreren, omdat hij het bij cliënten in de acute fase niet geschikt vindt om het model toe te passen. Verder gaf één ergotherapeut aan dat het momenteel iets meer tijd kost om het model toe te passen, vanwege het gebrek aan routine. Hiernaast kwam vanuit één ergotherapeut naar voren dat het model goed te integreren is in het ziekenhuis en een revalidatiesetting. Ten slotte werd aangegeven dat het model alleen bij bepaalde cliënten en vraagstellingen toepasbaar is.



Figuur 3-9 Zou de ergotherapeut het 4-bollen model integreren in zijn huidige werkwijze

3.2 Onderzoeksvraag 2

Onderstaand worden de resultaten beschreven die betrekking hebben op de onderzoeksvraag “hoe ervaren ergotherapeuten de meerwaarde tijdens het toepassen van het 4-bollen model?”. Bij de dataverzameling namen acht ergotherapeuten deel (paragraaf 2.2). De thema's, die vanuit de data-analyse zijn opgesteld, vormen de leidraad bij het beschrijven van de resultaten. De vermelde citaten in dit hoofdstuk zijn genummerd. Elk nummer is gekoppeld aan het bijbehorende interview, deze zijn willekeurig toegekend.

3.2.1 Algemene ervaring met het 4-bollen model

Zeven van de acht ergotherapeuten waren in het algemeen positief over het gebruik van het 4-bollen model. Zij gaven aan dat het model praktisch en van toegevoegde waarde is en het de situatie concretiseert.

“Het model is goed om een verfrissende kijk te krijgen” (6)

“Ik vind het zeker een model met een toegevoegde waarde” (4)

“Een heel praktisch model zonder veel poespas of moeilijke scores” (7)

“Ik was in het begin een beetje sceptisch maar uiteindelijk ben ik positief verrast” (5)

3.2.2 Exploreren van de situatie/inventarisatie

Het grootste deel van de ergotherapeuten heeft het als prettig ervaren om door het model de huidige en gewenste situatie samen met de cliënt te achterhalen. Zij konden op deze manier de hulpvraag duidelijk en concreet maken, waarbij de behoeftes van de cliënt centraal stonden. Hierdoor kregen zij al vrij snel een totaalbeeld van de situatie. Verder had het model volgens één ergotherapeut een open karakter, waardoor hij het goed kon toepassen op de individuele cliënt. Dit heeft zij tevens als heel positief ervaren.

“Ik heb het als prettig ervaren om de huidige en gewenste situatie doormiddel van 4-bollen model te achterhalen.” (2)

“Model stuurt de goede richting, naar waar gaan we heen en wat is de vraag.” (5)

“Prettig dat je niet te veel gestuurd wordt in hoe je het gebruikt, maar dat je het eigenlijk op je eigen manier kunt toepassen, hoe het voor jou zinvol is en ook voor de patiënt uiteindelijk” (6)

“Model helpt om het gesprek aan te gaan en echt na te gaan hoe kan ik jou als cliënt helpen.” (7)

Eén enkele ergotherapeut heeft het exploreren aan de hand van het model als verwarrend ervaren. Hij gaf aan dat zijn eigen manier van exploreren breder is in verhouding met wat het model kon bieden. Daarnaast was hij zo bezig met het model, waardoor hij belangrijke aspecten eromheen vergat.

“Ik moet zodanig aan het model denken, dat ik andere dingen daaromheen eigenlijk vergeet te vragen” (3)
“Het model belemmerde mij om alles na te gaan.” (3)

Structuur

De meerderheid van de ergotherapeuten gaven aan dat ze doormiddel van het 4-bollen model een goede structuur konden aanhouden. Hierin kwam met name naar voren dat zij juist de vier bollen en de samenhang hiertussen als prettig hebben ervaren. Verder konden zij doormiddel van het model de situatie van de cliënt en zijn kennis over de behandeling gestructureerd in kaart brengen.

“Middels 4-bollenmodel ben je op gestructureerde manier bezig” (4)
“Ik vond dat er echt structuur in zit en dat het prettig werkt.” (5)
“Een heel prettige structuur uiteindelijk. Onverwachts aangenaam” (6)
“Ik heb dus het 4-bollen model gebruikt om op een andere manier alles te structureren en dat was voor haar ook een hele fijne en overzichtelijke manier en dan ook weer heel inzichtelijk.” (4)

Visualiteit en overzichtelijkheid van het 4-bollen model

De visualiteit en overzichtelijkheid werd door de meerderheid van de ergotherapeuten ervaren als een positief aspect van het model. Zij beschrijven dat het model voor de cliënt visueel inzichtelijk is en dat de cliënt hierdoor meer centraal staat. Ook vinden zij dat het visuele karakter er voor zorgt dat de cliënt de inhoud van het model goed begrijpt. Daarnaast gaf één ander ergotherapeut aan dat juist de eenvoud de kracht van het model is.

“Gewoon visueel inzichtelijk voor iemand, dat is wel fijn.” (1)
“En dat je hun eigen situatie, soort van visueel maakt. Zoals hier ook omschreven is in die 4-bollen met het poppetje in het midden.” (6)

Naast bovengenoemde uitspraken vond een deel van de ergotherapeuten het prettig om het 4-bollen model samen met de cliënt in te vullen en niet alleen maar achter de computer te rapporteren, waar de cliënt het niet meekrijgt. Op deze manier was het heel inzichtelijk voor de cliënt, waardoor hij de situatie zelf beter in kon zien.

“Heel anders, dat je het opschrijft en je ziet ook daadwerkelijk de punten waar je tegen aanloopt en dat maakt het voor diegene ook inzichtelijk van ‘oh ja ik merk toch wel dat ik bij mijn activiteiten best wel een aantal dingen heb waar ik tegenaan loop of juist wat goed gaat.’” (1)

Een overeenkomst tussen de uitspraken was, dat door de visualiteit de nadruk meer lag op de gezamenlijke aanpak. Aansluitend hierop benadrukte één ergotherapeut dat hierdoor de betrokkenheid van de cliënt gestimuleerd werd.

“Het visuele nodigt de cliënt uit om zelf de pen te pakken en zelf te schrijven.” (4)
“het model zorgt daarvoor dat het overzicht voor de cliënt blijft” (5)

Inhoud van de 4 bollen

In deze sub paragraaf worden de verschillende ervaringen van de ergotherapeuten weergegeven met betrekking tot de meerwaarde van de vier bollen van het model en de onderlinge samenhang.

Mijn gezondheid

Een groot deel van de ergotherapeuten gaf aan normaal gesproken minder stil te staan bij het bespreken van de gezondheid. Door middel van de bol mijn gezondheid zijn zij nu wel dieper hierop ingegaan. Eén ergotherapeut heeft het doorvragen over de gezondheid van de cliënt als moeilijk ervaren. Hij gaf aan het belangrijker te vinden om in te gaan op activiteiten en omgeving en vanuit hier de koppeling te maken naar de bol mijn gezondheid. Eén ergotherapeut, die werkzaam is met cliënten in de acute fase, vond de bol mijn gezondheid voor deze cliënten heel confronterend.

“Zeker is gezondheid belangrijk maar ik hoef niet tot in het detail er iets over te weten” (8)

“Met name voor de mensen die echt nog in het rouwproces zitten is vooral het stukje mijn gezondheid en mijn activiteiten heel confronterend” (5)

Echter benoemde één iemand dat de bol mijn gezondheid een toevoeging is, omdat het een positieve uitstraling heeft.

“Normaal hebben wij wat is je diagnose en wat zijn je klachten, maar mijn gezondheid ziet er positiever uit” (1)

Mijn eigen manier

De meerderheid van de ergotherapeuten heeft de bol mijn eigen manier als een positieve toevoeging ervaren. Zo gaven zij aan dat zij door middel van de bol mijn eigen manier bewuster en concreter konden ingaan op de eigen aanpak van de cliënt en zijn ondersteuningswens. Ook gaven zij aan dat de bol mijn eigen manier inzicht geeft voor de cliënt zelf, waardoor hij bewust wordt hoe hij met zijn situatie omgaat. Vanuit hier benadrukte één ergotherapeut dat de bol mijn eigen manier juist waardevol is bij mensen met een starre manier en weerstand.

“Wat ik voordeel vind van deze 4-bollen is dat mijn eigen manier dus de coping heel expliciet wordt weergegeven en die doelen komen niet in de COPM, 4-bollen model zou je dus voor dit gedeelte heel goed erbij kunnen pakken.” (4)

“Dit vond ik nog het meest vernieuwende, om daar nog eens wat bewuster bij stil te staan.” (6)

“Ik vind dat vooral mijn eigen manier goed is voor patiënten. Dit is namelijk het moeilijkste om patiënten inzicht te geven op hoe zij zelf met hun problematiek omgaan.” (4)

Cliënten die recent geconfronteerd worden met de gevolgen van een ziekte, kunnen volgens één ergotherapeut overvraagd worden door de inhoud van de bol mijn eigen manier. Deze cliënten hebben nog geen eigen manier kunnen ontwikkelen in het omgaan met de ziekte, waardoor het voor hun lastig is om dit aan te geven.

Mijn activiteiten en mijn omgeving

Alle ergotherapeuten vonden dat de bollen mijn activiteit en mijn omgeving goed aansluiten bij de informatie die zij normaal gesproken ook willen achterhalen. Deze twee bollen ondersteunen de ergotherapeutische inventarisatie en doelbepaling.

“Bij mijn activiteiten kun je het toch onderverdelen in het huishouden, sport/spel, mobiliteit” (1)

Samenhang 4 bollen

Alle ergotherapeuten benadrukten dat zij de samenhang van de vier bollen als prettig hebben ervaren en dat de bollen niet los van elkaar gezien kunnen worden. Zij gaven aan dat juist deze samenhang de situatie voor de cliënt inzichtelijk maakt. Echter één ergotherapeut twijfelde of deze samenhang ook daadwerkelijk voor de cliënt duidelijk is.

"Ik heb haar ook vertelt dat de bollen samenhangen met elkaar en van daaruit kon ik heel mooi uitleggen dat we aan die doelstellingen werken, die staan in deze bol, maar dit heeft ook invloed op de andere bollen." (2)

"Ik zie de bollen niet los van elkaar, maar ik denk de patiënt wel." (4)

3.2.3 Indicaties voor inzet 4-bollen model

Alle ergotherapeuten hebben ervaren dat het inzetten van het 4-bollen model afgestemd moet worden op de individuele cliënt, afhankelijk van zijn diagnose en patiëntenprofiel. De meerderheid vond dat het model minder van meerwaarde is bij cliënten met cognitieve beperkingen (dementie, CVA) en met grovere fatische problemen. De voornaamste reden was dat deze cliënten moeite hebben om vrij hun verhaal te vertellen naar aanleiding van open vragen.

"Ik kan me niet voorstellen om het bij alle cliënten toe te passen" (2)

"Toepassing niet bij iedereen, dat is een beetje gevoelsmatig." (1)

"Moet zeggen dat bij dementie werkt het nog minder goed, maar geeft haar niet de structuur om uit zichzelf te gaan vertellen" (3)

Echter één ergotherapeut vond het juist wel passen bij cognitieve beperkingen (dementie, licht verstandelijke beperking), vanwege het visueel inzichtelijke karakter.

"Bij dementie spreken de plaatjes tot de verbeelding, dat maakt het iets minder verbaal" (7)

De meerderheid heeft het als prettig ervaren om zelf te mogen bepalen hoe en bij wie het gebruik van het 4-bollen model toegepast wordt.

"Leuk dat jezelf kunt nadenken over hoe kan ik dit model inzetten" (5)

Bij de overige redenen voor inzet werd door een aantal ergotherapeuten aangegeven dat zij het model vooral zouden gebruiken in moeilijke situaties waar zij vastlopen en situaties die voor de cliënt onduidelijk zijn.

"Ik zou het met name gaan toepassen in een situatie waarvan ik denk hier ga ik vasthangen." (2)

"Model gebruiken als het voor de patiënt lastig is in de situatie" (3)

"Nou die patiënt was al een tijdje bezig en ik liep daar eigenlijk een beetje mee vast. Laten wij nog eens kijken of wij nu dezelfde kant op kunnen." (8)

3.2.4 Fasering

De ergotherapeuten hebben het model in verschillende fases ingezet. De helft van de ergotherapeuten heeft het model ingezet tijdens de intake met de cliënt en kon aan de hand hiervan de hulpvragen inventariseren. Meer dan de helft vond het 4-bollen model ondersteunend tijdens de doelbepaling met de cliënt. Door middel hiervan konden zij concrete afspraken maken en een actieplan opstellen. De meerderheid gaf aan dat juist de visualiteit van het model ervoor zorgde dat de doelen ook inzichtelijk werden voor de cliënt.

“Maar door het 4-bollenmodel kwamen juist de doelen heel snel aan het licht.” (4)

“Ik zou het zeker als meerwaarde zien voor stukje doelbepaling en evaluatie, zodat je kan terugkijken van goh zo zijn we begonnen en waar staan we nu.” (4)

“Dus we hebben nu eigenlijk een heel concrete afspraak met haar gemaakt en een heel duidelijk doel gesteld.” (7)

Alle ergotherapeuten gaven aan het model als evaluatie hulpmiddel te kunnen gebruiken, zowel voor het evalueren van doelen als van het gehele traject. De helft van de ergotherapeuten heeft het daadwerkelijk al ingezet voor de evaluatie, toen zij het niet meer duidelijk vonden hoe het verdere proces met de cliënt eruit ging zien.

“Ik heb het model ingezet om echt te kijken wat er veranderd is en om de laatste sessies concreet in te kunnen vullen.” (6)

“Ik was bang als therapeut dat ik iets over het hoofd zag, wat misschien de patiënt wel nog als probleem heeft, maar ik niet zie dus dat ik dat niet goed uitkreeg en toen dacht ik doe nog eens het 4-bollen model.” (8)

Combinatie met het Canadian Occupational Performance Measurement (COPM)

De helft van de ergotherapeuten gaven aan het COPM standaard als inventarisatie, doelbepaling en evaluatie assessment toe te passen. Zij benadrukten allemaal zoekende te zijn, hoe en wanneer zij het 4-bollen model in kunnen zetten. Eén ergotherapeut was ervan overtuigd het COPM niet te willen vervangen door het 4-bollen model. Een reden hiervoor was dat het COPM in de eigen werkcontext bij de standaardwerkwijze hoort. Verder vond diegene juist de scores van het COPM van meerwaarde, deze ontbreken echter in het 4-bollen model.

“Ik vind niet dat het, het COPM moet gaan vervangen, daar ben ik misschien heel stellig in, dit ga ik niet doen.” (8)

Drie ergotherapeuten waren van mening dat het 4-bollen model wellicht onderdelen van het COPM zou kunnen vervangen of aanvullen. Eén idee was om de inventarisatie volgens het 4-bollen model te doen en vervolgens de doelen middels het COPM te scoren. Bovendien zei één iemand dat ook geoefend zou kunnen worden of een combinatie tussen COPM en het 4-bollen model mogelijk is.

“Wat ik voordeel vind van deze 4-bollen is dat mijn eigen manier dus de coping heel expliciet wordt weergegeven en die doelen komen niet in de COPM, 4-bollen model zou je dus voor dit gedeelte heel goed erbij kunnen pakken.” (4)

3.2.5 Zelfmanagement

Eén groot deel van de ergotherapeuten vond dat het 4-bollen model ertoe bijdraagt om langer stil te staan bij zelfmanagement. Eén ergotherapeut gaf hierbij aan dat het model eventueel als hulpmiddel kan dienen om zelfmanagement nog meer te benadrukken in de behandeling.

“Dus ja ik vond dat zelfmanagement hier wel vooraan stond” (2)

“Ik heb het positiever ervaren omdat zelfmanagement nu nog meer centraal staat.” (2)

“Ik vind wel echt dat het een goed instrument is dat je kan helpen bij zelfmanagement, het helpt jou als therapeut de patiënt meer erbij te betrekken.” (4)

Werkwijze therapeut

De meerderheid heeft aangegeven dat de toepassing van het model afhangt van de zelfmanagement vaardigheden die een cliënt heeft. Het grootste deel van de ergotherapeuten heeft ervoor gekozen de cliënt de leiding te geven in het gesprek. Volgens één ergotherapeut heeft dit ertoe bijgedragen dat de cliënt meer betrokken en gemotiveerd was tijdens het gesprek. Het grootste deel van de ergotherapeuten heeft zelf geschreven in het model, maar wel in de woorden van de cliënt. Enkele ergotherapeuten hebben de cliënt zelf laten schrijven. Eén iemand gaf hierbij aan dat dit een bijdrage heeft geleverd aan de ondersteuning van zelfmanagement en het samen creëren van een overzicht.

“Toepassing van het model hangt af van de zelfmanagement vaardigheden die iemand heeft.” (1)

“4-bollen model zorgt ervoor dat cliënt veel meer actief is”, “Het actieve wat je van patiënt vraagt vind ik prettig.” (4)

“Heel anders, dat je het opschrijft en je ziet ook daadwerkelijk de punten waar je tegen aanloopt en dat maakt het voor diegene ook wat inzichtelijk van ‘oh ja ik merk toch wel dat ik bij mijn activiteiten best wel een aantal dingen heb waar ik tegen aanloop of juist wat goed gaat.’” (1)

Ongeveer de helft van de ergotherapeuten heeft het ingevulde model meegegeven aan de cliënt of bij deze achtergelaten. Dit vonden zij prettig, omdat de cliënt hierdoor een overzicht heeft en dit wellicht bespreekbaar kan maken met zijn naasten. Zo gaf één ergotherapeut aan dat de cliënt het model heeft gebruikt om haar situatie voor anderen te verduidelijken, dit heeft de cliënt als prettig ervaren.

“Ze heeft het model gebruikt om het naar haar gezin toe duidelijk te maken, dit heeft ze als zeer prettig ervaren, ze heeft dus 4-bollen model op tafel gelegd en vanuit daar het gesprek gevoerd met familie, bij haar heb ik het dus echt bewust achter gelaten.” (2)

Coachende rol

De hele groep vond dat de coachende rol een onderdeel is van het 4-bollen model en deze door het inzetten van het model gestimuleerd werd. De ervaringen daarentegen met betrekking tot het vervullen van de coachende rol waren over het algemeen verdeeld. Zo heeft de helft van de ergotherapeuten de coachende rol als zeer prettig ervaren, omdat dit juist aansluit bij hun standaard werkwijze. De andere helft had meer moeite met het vervullen van de coachende rol. Moeilijkheden traden vooral op bij cliënten die weerstand of geen inzet toonden. Twee ergotherapeuten beschreven dat juist cliënten van oudere generaties vaak een passieve houding hebben tijdens de behandeling.

“Ik herken me goed in de coachende rol, omdat ik sowieso probeer de cliënt zo goed mogelijk te stimuleren: de vraag proberen zo min mogelijk in te vullen maar dat vraagt terugstellen aan de cliënt” (1)

“Ik moest me inhouden, ik had namelijk nog heel veel andere doelen in mijn hoofd. Het was een mooie aanvulling om het middels het 4-bollen model op deze manier uit te proberen.” (2)

"Hoe moet ik diegene dan aansturen, hoe veel regie moet de therapeut nemen." (8)

"Jij bent professional dus, jij zegt maar wat ik moet doen". (1)

Een aantal ergotherapeuten benadrukten dat goede coachende vaardigheden nodig zijn om effectieve zelfmanagement ondersteuning te kunnen bieden. Dit vraagt echter meer van de ergotherapeut zelf. Eén ergotherapeut gaf aan dat hij door tijdsdruk snel neigt om in oude gewoontes terug te vallen. Opvallend was één uitspraak over de manier van samenwerking tussen cliënt en ergotherapeut. Door het model wordt een nieuwe rolverdeling gestimuleerd, waarbij de nadruk veel meer ligt op samen.

"Ik ervaar het bewuster nadenken als positief hierdoor schiet ik niet meer automatisch terug in het standaard programmatje." (5)

"Nou dat wij nog wel eens door tijdsdruk denken dat ga ik nu even oplossen." (7)

"Niet luisteraar en verteller." (4)

Patiëntenprofielen

De meeste ergotherapeuten hebben tijdens de toepassing van het 4-bollen model de patiëntenprofielen niet gebruikt. Zij vonden wel dat het kan ondersteunen bij het duiden van een cliënt en vervolgens de benaderingswijze op het type cliënt af te stemmen. Benadrukt werd juist de combinatie van de patiëntenprofielen met het 4-bollen model.

"Relatie van 4-bollen model en patiëntenprofielen, deze vullen elkaar aan; het ondersteund, maar ik heb er weinig mee gewerkt." (4)

"Door die patiënten profielen kun je patiënten iets sneller duiden en kijken naar het stuk eigen regie en wat bij iemand past." (6)

"Men gaat bewuster nadenken over wie je voor je hebt zitten." (5)

3.2.6 Ergotherapeutische relevantie

Het grootste deel van de ergotherapeuten was van mening dat het 4-bollen model goed aansluit bij de ergotherapeutische visie. De persoon in het midden van het model demonstreert de cliënt gecentreerde aanpak.

Zij waren allemaal ermee eens dat de bollen mijn activiteiten, eigen manier en omgeving passen bij de ergotherapie. Twee ergotherapeuten vergeleken het 4-bollen model met bestaande ergotherapeutische modellen, zoals het PEOP-model en PTO-model.

"Dus ik vind dat die vier bollen wel gewoon goed aansluiten bij waar wij als ergotherapeut voor staan vooral mijn activiteiten en eigen manier." (1)

"Ik vind wel dat wij onze visie daarin kwijt kunnen in die vier bollen." (2)

"Heel ergotherapeutisch model." (4)

"Eigenlijk ontworpen voor POH's, maar ik vind dat die 4-bollen heel erg bij ons aansluiten, meer nog dan bij POH's." (2)

De bol mijn gezondheid vonden een aantal ergotherapeuten minder relevant, omdat zij in hun standaardwerkwijze niet concreet inzoomen op dit onderwerp.

"Model sluit goed aan bij de ergotherapeutische visie alleen de bol mijn gezondheid vind ik minder." (8)

Eén enkele ergotherapeut had een andere mening over de ergotherapeutische relevantie van het model. Hij gaf aan dat het model theoretisch wel past bij de ergotherapeutische visie, maar dat hij dit niet terug ziet in de praktische toepassing.

“Omdat het gewoon praktisch niet handig is, theoretisch wel, maar praktisch niet zo handig.” (3)

“Omdat ik vaak ook vraag mag ik even door de woning lopen. En dat doe ik dan vaak samen met de cliënt. Dus dan zou het wel heel onhandig zijn om het 4-bollen model mee te nemen. Want het is natuurlijk handiger om het op tafel te leggen.” (3)

Integratie in de werkwijze

Het grootste deel van de ergotherapeuten zag mogelijkheden om het 4-bollen model te integreren in hun huidige werkwijze, maar gaf aan nog meer routine nodig te hebben om hier echt concrete uitspraken over te kunnen doen. Het integreren van het model was naar hun mening afhankelijk van verschillende aspecten en persoonlijke voorkeuren. Zo werd benoemd dat het model niet standaard bij elke doelgroep ingezet kan worden. Bovendien vonden juist de ergotherapeuten uit de revalidatie context het combineren van het 4-bollen model met hun geprotocolleerde standaardwerkwijze moeilijk.

“Ik denk dat ik het zeker vaker ga gebruiken.” (1)

“Het is een mooie tool, daarvoor moet ik het alleen vaker doen, meer gebruiken dat is denk ik zoals het voor mij belangrijk is.” (8)

“Je moet alleen een manier vinden om hem binnen je eigen behandeling vorm te geven en dat kan per patiëntengroep of werkwijze of team verschillen.” (4)

Verder werd door enkele aangegeven dat het ook een stukje te maken heeft met gedragsverandering van de therapeut om het daadwerkelijk te integreren.

“Als het druk is dan ga je heel snel weer terug naar je oude patroon.” (6)

“Waarom doe ik dit dan niet integreren? Omdat ik het zelf moeilijk vind om hierin te veranderen.” (4)

Eén ergotherapeut zag geen meerwaarde om het model te gaan integreren in zijn huidige werkwijze. Hij gaf aan dat hij het geen praktisch model vindt en het niet aansluit bij zijn manier van werken.

“Ik zou het model toekomstig weglaten.” (3)

Ideeën over het integreren van het model waren verdeeld. Voorstellen waren om het formaat van het model te veranderen. Sommigen vonden het juist op A4 prettig, omdat dit de cliënt eerder uitnodigde om het mee naar huis te nemen. Het A3-formaat bood echter meer ruimte om te schrijven. Eén ergotherapeut gaf aan A5 te willen gebruiken om het beter mee te kunnen nemen naar huisbezoeken. De meeste ergotherapeuten vonden het geplastificeerd praktisch, omdat zij het dan herhaaldelijk in konden zetten.

“Wellicht op A5-formaat. Dat maakt het net wat makkelijker tijdens een gesprek, wanneer ik het eigenlijk niet had verwacht om het er dan bij te pakken.” (2)

“Het A3-formaat is fijn, want je hebt veel ruimte om te schrijven. Maar dit nemen patiënten niet zo snel mee naar huis.” (4)

“Wij gebruiken het ook op A3 geplastificeerd dat je met een stift erop kunt schrijven en daarna kunt uitvegen. Die patiënt kan er dan een foto van maken.” (8)

Vanuit meerdere ergotherapeuten kwam naar voren dat het digitaliseren van het model ook een optie zou kunnen zijn.

“Of wellicht op de tablet, maakt het dan net wat makkelijker.” (2)

Het grootste deel van de ergotherapeuten zou vanuit hun positieve ervaringen het model adviseren aan andere therapeuten.

“Ik zou adviseren om het model eens toe te passen, ook al is het zelfs alleen maar voor een stukje bewustwording.” (5)

“Ik zou het model zeker adviseren aan andere ergotherapeuten, maar zeker in de casussen waar je vasthangt, verder dat iedere therapeut zijn eigen draai aan het model kan geven.” (2)

3.2.7 Hanteerbaarheid

In deze sub paragraaf staat één bijvangst over de hanteerbaarheid die tijdens de interviews naar voren is gekomen.

“Ik vind het fijn dat alles op papier staat en je het ernaast kunt leggen bij de rapportage. Dit zorgt voor een snellere rapportage tijd.” (5)

4. DISCUSSIE EN CONCLUSIE

4.1 Discussie

Dit hoofdstuk bevat een kritische beschouwing van de resultaten per onderzoeksvraag, waarbij verbanden hiertussen met bestaande literatuur worden vergeleken. Sterke en zwakke punten van het onderzoek worden geconstateerd en de ergotherapeutische praktijkrelevantie wordt beschreven. Ten slotte worden aanbevelingen gegeven met betrekking tot eventueel vervolgonderzoek.

4.1.1 Kritische beschouwing van de resultaten

Onderzoeksvraag 1

In deze sub paragraaf wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag, “is het 4-bollen model hanteerbaar voor ergotherapeuten, bij het exploreren van de huidige en de gewenste situatie, het gezamenlijk opstellen van doelen en het plan van aanpak?”.

Uitvoerbaarheid

Het model wordt in dit onderzoek als uitvoerbaar beschouwd op het moment dat het niet te veel tijd in beslag neemt, het flexibel aan te passen is op de individuele cliënt en makkelijk te gebruiken/begrijpen is (zie paragraaf 2.4.1).

De resultaten met betrekking tot de indicator tijd wijzen uit, dat de gemiddelde afnametijd met het 4-bollen model (43:45 minuten) vrijwel gelijk is aan de afnametijd volgens de standaardwerkwijze (44:04 minuten). Ook de gemiddelde rapportagetijd na het gebruik van het 4-bollen model (9:30 minuut) verschilt maar weinig met de gemiddelde rapportagetijd volgens de standaardwerkwijze (8:20 minuut). De gemiddelde tijden maken duidelijk dat het 4-bollen model qua afnametijd gebruiksvriendelijk is. Het merendeel van de ergotherapeuten zat individueel in het tijdsbestek van 30 tot 45 minuten voor de afname van het 4-bollen model en tussen de 5 en 10 minuten voor de rapportage. Met de standaardwerkwijze lag deze tijd tussen 30 en 60 minuten voor de afname en voor de rapportage tijd tussen de 5 en 10 minuten. Deze tijden suggereren dat het 4-bollen model zelfs een kortere afname tijd heeft dan de standaardwerkwijze.

De meerderheid van de therapeuten vond het model makkelijk te begrijpen en aan te passen aan de individuele cliënt. Redenen hiervoor waren het bijwonen van de scholing, de structuur en overzichtelijkheid van het model. In combinatie met de vrijwel overeenkomende gemiddelde tijden voor afname en rapportage kan geconstateerd worden dat de toepassing van het model uitvoerbaar is. De mate van uitvoerbaarheid kan verhoogd worden door het model vaker te gaan gebruiken in de praktijk.

Algemene randvoorwaarden

Uit de resultaten blijkt dat alle ergotherapeuten de opzet van het model makkelijk en zonder veel instructie konden begrijpen. De voorbereiding voor de toepassing van het model aan de hand van scholing en de handleiding zorgde ervoor dat alle ergotherapeuten zich voldoende vaardig voelden om het model toe te passen. Door de geringe benodigdheden voor de toepassing van het model, namelijk een pen en het model is sprake van een hoge gebruiksvriendelijkheid.

Vanuit de positieve aspecten van hanteerbaarheid zouden acht van de negen ergotherapeuten het model integreren in hun huidige werkwijze.

Onderzoeksvraag 2

In deze sub paragraaf wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag “hoe ervaren de ergotherapeuten de meerwaarde tijdens het toepassen van het 4-bollen model?”. In dit onderzoek is sprake van meerwaarde als het 4-bollen model de therapeut in staat stelt zelfmanagement ondersteuning te bieden, het mogelijk maakt samen met de cliënt de huidige en gewenste situatie te exploreren, duidelijke doelen op te stellen en vervolgens actieplannen te maken.

Uit het onderzoek blijkt dat het 4-bollen model uiteindelijk alle ergotherapeuten in staat stelde de huidige en gewenste situatie van de cliënt te exploreren. De meesten konden tot concrete doelen komen en vanuit hier acties plannen. De resultaten wijzen uit dat zij met het model een eigen gestructureerde aanpak konden creëren en dat de plaatjes hierbij visueel ondersteunden. Opvallend is dat het model op veel verschillende manieren door de ergotherapeuten werd toegepast. Reden hiervoor kan zijn, dat in de scholing benadrukt werd dat de ergotherapeuten hun eigen draai aan de toepassing van het model mochten geven. De resultaten wijzen uit dat de meningen hierover verdeeld waren. De meeste ergotherapeuten vonden de vrije aanpak juist prettig, echter een klein deel van de groep gaf duidelijk aan meer handvatten nodig te hebben voor het inzetten van het model. De resultaten tonen aan dat het model in alle fases van de ergotherapeutische behandeling toegepast kan worden. Het werd tijdens intakes, de doelbepaling en de evaluatie ingezet.

Een verdere opvallende bevinding is de positieve ervaringen met de bol mijn eigen manier. Deze werd door alle ergotherapeuten als een vernieuwing en als positieve toevoeging ervaren. De ergotherapeuten gaven aan zich door deze bol ervan bewust te worden dat zij met de cliënten hun omgang met problemen bespreekbaar kunnen maken. Juist de ergotherapeuten die normaal gesproken met het COPM werken vonden deze bol waardevol. De resultaten laten zien dat de helft van de ergotherapeuten niet weten hoe zij de combinatie van het COPM met het 4-bollen model vorm moeten geven. Met betrekking tot ervaringen met de bol mijn gezondheid konden minder positieve resultaten vastgesteld worden. Zeven van de acht ergotherapeuten maakten duidelijk dat zij normaal gesproken niet veel aandacht besteden aan het aspect gezondheid. Het 4-bollen model echter zorgde ervoor dat zij het meer in detail gingen bespreken met de cliënten.

De resultaten constateren dat de ergotherapeuten zich door het model meer richtten op het ondersteunen van zelfmanagement vaardigheden van de cliënt. Juist het open karakter van het model stimuleert de bijdrage van de cliënt. De belangrijkste bevinding hierbij is, dat de aanpak/werkwijze van de therapeut tijdens de toepassing van het model bepalend is voor de mate van verantwoordelijkheid die zij aan de cliënt overlaten. Of de cliënt vrij zijn verhaal kan doen, zelf schrijft en of hij het ingevulde model mee naar huis kan nemen, zijn factoren die van invloed zijn bij het ondersteunen van zelfmanagement. Hierbij kwam duidelijk naar voren dat de patiëntenprofielen in combinatie met het 4-bollen model de ergotherapeut kan ondersteunen bij het achterhalen van het type cliënt. Vanuit hier kunnen zij beter hun benaderingswijze op de individuele cliënt afstemmen. Uit het onderzoek blijkt dat niet iedere ergotherapeut naar aanleiding van het model een verandering qua motivatie of eigen inbreng van de cliënt kon vaststellen. Geconcludeerd kan worden dat het 4-bollen model op zichzelf niet standaard een positieve bijdrage levert aan het ondersteunen van zelfmanagement, maar dat juist de manier waarop het door de ergotherapeut wordt ingezet en hoe hij zijn coachende rol vervult bepalend is.

De resultaten maken duidelijk dat het 4-bollen model goed aansluit bij de pijlers van de ergotherapeutische visie. Om deze reden zouden zeven van de acht ergotherapeuten het model adviseren aan andere ergotherapeuten en kunnen zij zich voorstellen om het model te integreren in hun huidige werkwijze. Echter benadrukken de resultaten wel dat de ergotherapeuten hiervoor meer (boven genoemde) handvaten nodig hebben. Verder laten de resultaten zien dat de ergotherapeuten het zich niet voor kunnen stellen om het model standaard, bij elke cliënt, in te zetten.

Over het algemeen vonden zeven van de acht ergotherapeuten dat bepaalde aspecten van het 4-bollen model van meerwaarde zijn, echter één ergotherapeut wijkt van deze meningen af. Hij vond het model verwarrend en voelde zich hiermee minder ondersteund tijdens de exploratie en doelbepaling.

Koppeling met relevante literatuur

Vanuit de literatuur over modellen in de ergotherapeutische praktijk blijkt dat deze effectief en eenvoudig moeten zijn in de toepassing, zodat ergotherapeuten deze daadwerkelijk inzetten (Colquhoun et al., 2010; Stigen & Lund, 2017). Uit de resultaten blijkt dat de gebruiksvriendelijkheid van het 4-bollen model hierbij aansluit, waardoor het mogelijk wordt om het in de praktijk toe te passen. Voor het gebruik zijn weinig middelen nodig en past het binnen het beschikbare tijdsbestek van de ergotherapeuten. Echter benadrukken Stigen et al. (2017) dat voldoende kennis en duidelijke handvatten nodig zijn om iemand in staat te stellen modellen/tools te gaan gebruiken. De resultaten van onderzoeksvraag twee maken duidelijk dat nog aandachtspunten bestaan met betrekking tot het inzetten van het model. Onduidelijkheden zijn, bij welke doelgroep cliënten het van toepassing is en welke werkwijzen gehanteerd moeten worden. Uit de literatuur blijkt dat deze aandachtspunten van negatieve invloed kunnen zijn op het inzetten van het model in de praktijk.

Uit de resultaten blijkt dat een aantal ergotherapeuten al veel waarde hechten aan de toepassing van zelfmanagement ondersteuning in hun behandeling en routine hebben in het vervullen van de coachende rol. Echter komt naar voren dat de minderheid van de ergotherapeuten nog weinig aandacht besteedt aan zelfmanagement ondersteuning, waardoor de coachende rol als moeilijker werd ervaren. Deze resultaten bevestigen dat de coachende rol veel vaardigheden vereist van de ergotherapeut, dit komt overeen met de bevindingen van Rose et al. (2018) en Stephanie von Helden-Lenzen (2018). Met name goede gespreksvaardigheden dragen ertoe bij dat de cliënt in grotere mate wordt betrokken in zijn eigen behandeltraject en hierdoor zelfmanagement vaardigheden kan ontwikkelen. In het kader van de recente ontwikkelingen rondom persoonsgerichte zorg is het de uitdaging voor de ergotherapeut om te leren zijn rol hierop aan te passen (van Hartingsveldt et al., 2015). De resultaten tonen aan dat de ergotherapeuten de visualiteit van het model als prettig hebben ervaren en dat deze de situatie voor de cliënt inzichtelijk maakt. Deze resultaten komen met recente literatuur overeen, die benadrukt dat visualiteit een goede toevoeging is om de cliënt een overzicht te geven over zijn doelen (Nagayama et al., 2016; Stephanie von Helden-Lenzen, 2019). Dit verhoogt de kans op het behalen van de opgestelde doelen.

Uit het huidig onderzoek blijkt dat de ergotherapeuten de ergotherapeutische visie goed zien terugkomen in het model. Vanuit het theoretisch kader werd geconstateerd dat het 4-bollen model theoretisch overeenkomt met relevante modellen en drie hoofdpijlers van de ergotherapie (le Granse et al., 2017). De uitspraken bevestigen dat het model ook praktisch aansluit. Voornamelijk de cliënt gecentreerde aanpak wordt visueel benadrukt in het model.

4.1.2 Sterke en minder sterke punten

Minder sterke punten

De onderzoekers zijn van mening dat de interviewgide de belangrijkste aspecten van meerwaarde bespreekbaar maakte. Echter blijkt uit de transcripten van de interviews dat op meerdere punten niet goed werd doorgevraagd wegens gebrek aan ervaring van de onderzoekers. Hierdoor bestaat de kans dat informatie ontbreekt met betrekking tot meerwaarde.

Tijdens het onderzoek hebben twee ergotherapeuten meegedaan die niet deelnamen aan de scholing, deze hebben alle informatie via mail ontvangen. Vanwege tijdsgebrek konden zij de informatie niet meer doornemen. Dit heeft ervoor gezorgd dat zij informatie over de handleiding van het 4-bollen model miste en zij deze niet meer hebben gebruikt. Hierdoor konden zij de vragen gericht op de handleiding zowel in onderzoeksvraag één als twee niet beantwoorden. Echter gaven deze ergotherapeuten aan dat geen informatie ontbrak om het model te kunnen toepassen.

In dit onderzoek is geen sprake van externe validiteit, vanwege een kleine steekproef (n=9). Dit zorgt ervoor dat geen generaliseerde uitspraken gedaan kunnen worden over de hanteerbaarheid en meerwaarde van het 4-bollen model. Echter zijn hanteerbaarheidsstudies vaak kleinere vooronderzoeken, waarbij geen sprake is van een hoge externe validiteit. Door de korte onderzoeksperiode was het niet mogelijk om een groter aantal ergotherapeuten in het onderzoek te betrekken. Bovendien hadden de ergotherapeuten daardoor weinig tijd om het 4-bollen model in de praktijk toe te passen.

Hierdoor kwam zowel in de vragenlijst als in het interview naar voren dat de ergotherapeuten nog meer ervaring en routine nodig zouden hebben om duidelijke uitspraken over hanteerbaarheid en meerwaarde te kunnen doen. Hun mening zou door het opdoen van ervaring met verschillende cliënten en situaties nog kunnen veranderen. Het invullen van de vragenlijst was voor de meeste ergotherapeuten slechts één keer mogelijk vanwege het korte tijdsbestek.

Sterke punten

In het onderzoek is het ontwerp mixed method toegepast. Hiervoor werd gekozen omdat kwalitatief en kwantitatief onderzoek los van elkaar zowel sterke kanten als ook limitaties hebben. Door mixed method werd beoogd limitaties te compenseren en breder te kijken naar de onderzoeksvragen. Deze aanpak heeft een sterkere mate van begrip en bewijs voor de onderzoeksvragen opgeleverd (Creswell, 2014). Verder konden uitkomsten vanuit het kwalitatieve gedeelte, uitkomsten van het kwantitatieve gedeelte en andersom verduidelijken (Creswell, 2014). Juist deze interpretaties waren van meerwaarde voor het formuleren van een duidelijke conclusie betreffende de onderzoeksvragen.

Zoals in de dataverzameling (paragraaf 2.5.1) is beschreven, werd een interviewgide opgesteld voor het afnemen van de semigestructureerde interviews. Door deze interviewgide zou een andere onderzoeker bij dezelfde respondent, ook de zelfde topics bespreken, waardoor de reproduceerbaarheid en de interne validiteit gewaarborgd blijft (Baarda et al., 2013). Verder is een pilot uitgevoerd, waarbij met name gekeken is naar de inhoud en structuur van de interviewgide. Hierna kon geconcludeerd worden dat alle topics volledig waren. Bij de afname van de interviews hebben de onderzoekers bewust gekozen om het in tweetallen uit te voeren. Hierdoor werd vermeden dat de interviewer belangrijke aspecten en bijvangsten over het hoofd zag. Daarnaast heeft elke onderzoeker notities bijgehouden, waarin eigen interpretaties en gedachten met betrekking tot het 4-bollen model opgeschreven werden. Hierdoor werden eigen interpretaties tijdens het analyseren bewust aan de kant geschoven. Na het coderen werd per interview een samenvatting geschreven en ter controle opgestuurd naar de geïnterviewde. Naar aanleiding van de reacties konden de onderzoekers concluderen dat zij de gegevens goed geïnterpreteerd hebben (membercheck). Met betrekking tot de vragenlijst werd rekening gehouden met de indruks- en inhoudsvaliditeit en het voorkomen van antwoord- en positionbiases (zie paragraaf 2.4.1). Daarnaast werden vijf pilots afgenomen voor het controleren van leesbaarheid, begrijpelijkheid en opbouw van de vragenlijst. De analyseprocedures werden vormgegeven door meerdere onderzoekers (onderzoekerstriangulatie), waarbij consultmomenten met deskundigen werden ingepland (peer review).

Vanuit de minder sterke punten komt naar voren dat alle resultaten uit het huidige onderzoek voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd, vanwege de ervaringen die gebaseerd zijn op enkele uitvoeringen met het model. Vanuit hier is het noodzakelijk om een grootschalig vervolgonderzoek uit te voeren, waarbij specifiek wordt ingegaan op de fases waarin het 4-bollen model toegepast kan worden.

4.2 Conclusie

In deze paragraaf wordt de conclusie van het onderzoek met betrekking tot de hanteerbaarheid en de ervaren meerwaarde van het 4-bollen model weergegeven. Uit het onderzoek zijn diverse resultaten verkregen, hieronder worden de essentiële resultaten beschreven die antwoord geven op de onderzoeksvragen gericht op de context van de huidige studie.

Betreffende onderzoeksvraag één “is het 4-bollen model hanteerbaar voor ergotherapeuten, bij het exploreren van de huidige en de gewenste situatie, het gezamenlijk opstellen van doelen en het plan van aanpak?” kan geconcludeerd worden dat het 4-bollen model in de ergotherapeutische context gebruiksvriendelijk is. Dit komt mede door de redenen dat het eenvoudig te begrijpen was, voor de meeste makkelijk toepasbaar was en weinig middelen voor het gebruik noodzakelijk waren. Opvallend was dat de meeste ergotherapeuten aangaven dat de scholing van toegevoegde waarde was voor het praktische gebruik van het 4-bollen model. Het 4-bollen model was in het huidig onderzoek over het algemeen hanteerbaar in verschillende fases van een ergotherapeutisch behandeltraject. Zo werd het toegepast in intakes, doelbepaling, actie planning en evaluatie.

Met betrekking tot de tweede onderzoeksvraag “hoe ervaren de ergotherapeuten de meerwaarde tijdens het toepassen van het 4-bollen model?” kan geconcludeerd worden dat een merendeel van de ergotherapeuten het 4-bollen model als meerwaarde heeft ervaren voor het exploreren van de huidige en gewenste situatie, het opstellen van doelen, een plan van aanpak en de evaluatie. Echter waren de ervaringen per individuele ergotherapeut uiteenlopend. Dit kwam mede door de hoge diversiteit van toepassing en de persoonlijke voorkeuren in de werkwijze met het model. Doordat geen vaste werkwijze aan het model verbonden was, kwamen duidelijke behoeften voor concretere handvaten naar voren. Verder kan geconcludeerd worden dat het model een positieve bijdrage kan leveren aan zelfmanagement ondersteuning. Echter is deze positieve bijdrage afhankelijk van de coaching vaardigheden van de therapeut en het type cliënt. Voor alsnog zijn weinig aanwijzingen dat het model daadwerkelijk de betrokkenheid en motivatie van de cliënt in zijn behandeltraject kan verhogen.

De conclusies tonen aan dat het 4-bollen model een tool is, die past in de ergotherapeutische zorgverlening en de bijhorende recente ontwikkelingen in de zorg.

5. AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen voor het gebruik van het 4-bollen model in de ergotherapeutische context gegeven.

Aanbeveling 1:

Het volgen van een scholing gericht op de achtergrond, inhoud en toepassing van het 4-bollen model ondersteund ergotherapeuten bij het gebruik van het model in de praktijk.

Aanbeveling 2:

De handleiding met hulpvragen voor het 4-bollen model en de patiëntenprofielen ondersteund ergotherapeuten om de aanpak van het model af te stemmen op de cliënt.

Aanbeveling 3:

De werkwijze voor het gebruik van het 4-bollen model moet afgestemd worden op de individuele cliënt, zijn patiëntenprofiel en diagnose.

Voorbeelden van werkwijzen:

- De therapeut kan kiezen om zelf te schrijven en de cliënt zijn verhaal vrij te laten vertellen.
- Als therapeut schrijven maar tijdens het gezamenlijk doorlopen van de bollen meer sturing bieden.
- Cliënt zelf te laten schrijven.
- Achterlaten/ meegeven aan de cliënt

Aanbeveling 4:

De ergotherapeut moet aan de hand van de mogelijkheden en het handelingsprobleem afwegen of het model toepasbaar is in de specifieke situatie.

Aanbeveling 5:

Het model is in verschillende fases tijdens een behandelingstraject met een cliënt inzetbaar.

Voornamelijk is het van meerwaarde voor het exploreren van de huidige en de gewenste situatie, het opstellen van gezamenlijke doelen met de cliënt en het evalueren hiervan.

Aanbeveling 6:

Het bespreken van de bol mijn eigen manier is vooral aan te raden bij cliënten die weerstand tonen.

Aanbeveling 7:

Het model kan in meerdere ergotherapeutische settings gebruikt worden, namelijk in eerstelijns praktijken, revalidatie, dagbehandeling en eventueel psychiatrie.

Aanbeveling 8:

Het formaat van het model kan afhankelijk van persoonlijke voorkeuren en de situatie aangepast worden. Voor het gebruik van het model zijn verschillende mogelijkheden:

- A5-formaat → voor het gebruik bij huisbezoeken
- A4-formaat → makkelijk om mee te geven aan de cliënt
- A3-formaat → biedt meer ruimte voor tekst en steekwoorden
- Digitaal
- Geplastificeerd

6. BIBLIOGRAFIE

- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., van der Velden, T., & de Goede, M. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/Houten: Nordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., van der Hulst, M., & van Vianen, R. (2017). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Kalmijn, M., & Goede de, M. (2015). *Basisboek enquêteren*. Groningen: Noordhoff uitgevers.
- Baarda, B., van der Hulst, M., & de Goede, M. (2012). *Basisboek Interviewen*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Beurskens, S., Peppen van, R., Stutterheim, E., Swinkels, R., Wittink, H. (2012). *Metten in de praktijk stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de gezondheidszorg*. Netherlands: Houten Bohn Stafleu van Loghum 2012.
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., . . . Fernandez, M. (2009). How We Design Feasibility Studies.
- Burgt van der, M., & Verhulst, F. (2009). *Doen en blijven doen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- CBO, Z. Z. (2014). *Zorgmodule Zelfmanagement 1.0*.
- Colquhoun, H., Letts, L., & Law, M. (2010). Feasibility of the canadian occupational performance measure for routine use. *British journal of occupational therapy*.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Dassen, T. W. N., Keuning, F. M., Jansen, G. J., & Jansen, W. S. (2010). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties*. Nederland: ThiemeMeulenhoff.
- Den Ouden, H., Vos, R. C., & Rutten, G. E. H. M. (2017). Effectiveness of shared goal setting and decision making to achieve treatment targets in type 2 diabetes patients: A cluster-randomized trial (OPTIMAL). *Health Expect*, 20(5), 1172-1180.
- Donald, G. (2018). A brief summary of pilot and feasibility studies: Exploring terminology, aims, and methods. *European Journal of Integrative Medicine*, 24, 65-70.
- Dubois, K. v. H.-L., Stephanie. (2018). *De Coachende Zorgprofessional van samen beslissen naar gezonde eigen regie*. Maastricht: Dubois & van Rij.
- Evers, J. (2007). *Kwalitatief interviewen: Kunst én kunde*. Den Haag: Lemma.
- Garvey, J., Conolly, D., Boland, F., & Smith, S. (2015). Optimal, an occupational therapy led selfmanagement programme for people with mulitmorbidty in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Fam pract*.
- Hancock, N., Scanlan, J. N., Honey, A., Bundy, A. C., O'Shea, K. (2015). Recovery Assessment Scale - Domains and Stages (RAS-DS): Its feasibility and outcome measurement capacity. *Aust N Z J Psychiatry*, 49(7), 624-633.
- Huber, M. A. S. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health: Its operationalisation and views in public health and healthcare and in evaluating health effects of food* (Proefschrift). Maastricht university, Maastricht.
- Jedeloo, S. v. W., Esther. (2015). *Zelfmanagement: Boom Lemma*.
- Joosten, E. A., DeFuentes-Merillas, L., de Weert, G. H., Sensky, T., van der Staak, C. P., & de Jong, C. A. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom*, 77(4), 219-226.
- Kuiper, C., Heerkens, Y., Balm, M., Bieleman, A., & Nauta, N. (2011). *Arbeid en gezondheid een handboek voor paramedici en arboprofessionals*: Bohn Stafleu van Loghum.
- Landelijk Platform Gedeelde Besluitvorming. (2012, *De Salzburg NL-verklaring over gedeelde besluitvorming*. Great Britian. van <https://www.salzburgverklaring.nl/>
- le Granse, M., van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2017). *Grondslagen van de ergotherapie*. Amsterdam: Reed Business.

- Lenzen, S. A., Daniëls, R., van Bokhoven, M. A., van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2018). What makes it so difficult for nurses to coach patients in shared decision making? A process evaluation. *Int J Nurs Stud*, 80, 1-11.
- Nagayama, H., Tomori, K., Ohno, K., Takahashi, K., Ogahara, K., Sawada, T., . . . Yamauchi, K. (2016). Effectiveness and Cost-Effectiveness of Occupation-Based Occupational Therapy Using the Aid for Decision Making in Occupation Choice (ADOC) for Older Residents: Pilot Cluster Randomized Controlled Trial. *PLoS One*, 11(3), e0150374.
- Naik, A. D., Dindo, L. N., Van Liew, J. R., Hundt, N. E., Hernandez-Bigos, K., Esterson, J., Geda, M., Rosen, J., Blaum, C. S., Tinetti, M. E. (2018). Development of a Clinically Feasible Process for Identifying Individual Health Priorities. *J Am Geriatric Society*, 66(10), 1872-1879.
- Orsmond, G. I., & Cohn, E. S. (2015). The Distinctive Features of a Feasibility Study: Objectives and Guiding Questions. *OTJR (Thorofare N J)*, 35(3), 169-177.
- Panagioti, M., Richardson, G., Small, N., Murray, E., Rogers, A., Kennedy, A., . . . Bower, P. (2014). Self-management support interventions to reduce health care utilisation without compromising outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*, 14, 356.
- Rijksoverheid. (2015). *Zorg en ondersteuning thuis Wet maatschappelijke ondersteuning Wmo*.
- Rose, A., Rosewilliam, S., & Soundy, A. (2018). Shared decision-making within goal-setting in rehabilitation: a mixed-methods study. *Clin Rehabil*, 269215518815251.
- Sassen, B. (2016). *Gezondheidsbevordering en zelfmanagement door paramedici*. Amsterdam: Bohn Stafleu van Loghum.
- Satink, T. (2016). *Zelfmanagement in de CVA-revalidatie* (Proefschrift). HAN university of applied sciences, Nijmegen.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2015). *Methoden en technieken van onderzoek* (zevende druk). Amsterdam (Nederlandse editie): Pearson Benelux.
- Smits, C., & Jukema, J. S. (2016). *Gezamenlijke besluitvorming in zorg en welzijn*. Den Haag: Boom.
- Steenhuis, I., & Overtoom, W. (2018). *Positieve leefstijl verandering*. Amsterdam: SWP Amsterdam.
- Stigen, L., & Lund, A. (2017). Assessment of clients with cognitive impairments: a survey of Norwegian occupational therapists municipal practice. *Scandinavian journal of occupational therapy*.
- Tashakoor, S., Veelenturf, J., Verheijen, L., & van de Zand, S. (2018). *zelfmanagement in de screeningsfase bij patiënten met niet aangeboren hersenletsel en vermoeidheidsklachten* (Bachelorthesis). Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- te Grotenhuis, M., & van der Weegen, T. (2008). *Statistiek als hulpmiddel*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- van Hartingsveldt, M., Hengelaar, R., & Logister-Proost, I. (2015). Verandering in zorg en welzijn. *Ergotherapie Magazine*.
- van Hartingsveldt, M., Logister-Proost, I., & Kinébanian, A. (2010). *Beroepsprofiel Ergotherapeut*. Den Haag: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma uitgevers.
- van Hees, S., Satink, T., & Cup, E. (2015). Werken aan doelen in het kader van zelfmanagement. Nijmegen: Ergotherapie Magazine.
- von Helden - Lenzen, S. (2018). *Self-management goal setting and action planning in primary care* (Proefschrift). Maastricht University, Maastricht.
- von Helden-Lenzen, S. (2019). *Zelfredzaamheid, 9 vragen over doelen stellen*. van <https://www.zorgvoorbeter.nl/nieuws/doelen-stellen-zelfredzaamheid-zelfmanagement>

7. BIJLAGE

7.1 Flyer voor de werving

Door zelfmanagement naar betere kwaliteit van leven

Wil **jij** een nieuwe tool leren kennen om **zelfmanagement** van jou cliënt te kunnen bevorderen?

met het 4 bollen model naar duidelijke doelen en behandelplannen!

4-bollen model
Exploreren van de huidige & gewenste situatie
gezamenlijke besluitvorming over doelen en plan!

Scholing
Wil jij expert worden in het toepassen van het 4-bollen model?
Dinsdag 09-04 van 17:30h tot 19:30h
Zuyd Hogeschool Heerlen
Voor hapjes en drankjes wordt gezorgd!

Naar wie zijn wij opzoek?
behandelende ergotherapeuten werkend met cliënten ouder dan 18 jaar
Wil je meedoen?

Doel van het onderzoek
inzicht krijgen in de meerwaarde en hanteerbaarheid van het 4 bollen model voor ergotherapeuten.

@: 1522000gnida@zuyd.nl

**ZU
YD**

Lea Gnida
Jurn Veenstra
Timo Gouverne
Jelena Slowig

Afstudeeronderzoek Ergotherapie

7.2 Handleiding 4-bollen model (van Stephanie von Helden – Lenzen)

Het 4-bollen model



Het 4-bollen model; achtergrond en doel

Het 4-bollen model is ontwikkeld door Zuyd Hogeschool, in samenwerking met de Universiteit Maastricht, een aantal cliënten en experts op het gebied van zelfmanagement. Voor meer informatie, neem contact op met: Stephanie von Helden – Lenzen (stephanie.lenzen@zuyd.nl)

Het 4-bollen model is gebaseerd op de domeinen van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF), een raamwerk voor gezondheid en menselijk functioneren, ontwikkeld door de World Health Organisation (WHO). In het 4-bollen model zijn de domeinen van de ICF vereenvoudigd en visueel vormgegeven. Het 4-bollen model ondersteunt de cliënt en de professional bij het verkennen van het cliëntperspectief op de huidige en de gewenste situatie van de cliënt. De professional kan met behulp van het 4bollen model de medische klachten, als ook de gevolgen van de aandoening voor het dagelijks leven en de kwaliteit van leven van de cliënt helder te krijgen. Het model ondersteunt de cliënt zijn verhaal te vertellen en kan bijdragen aan reflectie op de eigen situatie.

Gebruik van het 4-bollen model

- Het 4-bollen model kan worden gebruikt bij cliënten met één of meer chronische aandoeningen of bij mensen met complexe zorgvragen.
- Afhankelijk van de cliënt en diens situatie kan de tijd die aan elke bol besteed wordt verschillen.
- Ook de mate van ondersteuning van de professional kan variëren. Sommige cliënten kunnen het model zelfstandig invullen (met bijvoorbeeld een vraag per bol); bij anderen is meer uitleg en ondersteuning nodig. De professional kan hier flexibel mee omgaan.
- Gebruik van het 4-bollen model kan ook over meerdere sessies gebruikt worden.
- Voor gebruik kunnen de bollen uitgeprint worden op A3 of A4. Op de 4 bollen kunnen aantekeningen worden gemaakt die (afhankelijk van wat de cliënt wil) de cliënt mee naar huis kan nemen.
- In het gesprek worden vooral open vragen gesteld, en waar nodig wordt doorgevraagd.

Hoe past het 4- bollen model in mijn huidige werkwijze?

In welke fase ga ik het 4-bollen model gebruiken?

- Doelen stellen: Bij nieuwe patiënten kan het 4-bollen model worden gebruikt om de cliënt te leren kennen (wat is het verhaal van de cliënt?).
- Doelen uitvoeren: Bij cliënten bij wie de doelen duidelijk zijn kan het 4-bollen model worden gebruikt om in de loop van de tijd doelen eventueel bij te stellen en samen te analyseren welke factoren een rol spelen bij het uitvoeren van doelen (wat is de invloed van activiteiten, de omgeving of de eigen manier van de cliënt?).

Hoe past het in mijn huidige aanpak?

- Bij gesprekken met als doel om de situatie van de patiënt/de hulpvraag te verkennen kan het 4-bollen model als ondersteuning worden gebruikt. Het ondersteunt zowel de professional als de cliënt om aan alle aspecten te denken die mogelijk van invloed zijn.

Hieronder worden per bol de kernpunten aangegeven die onderwerp van gesprek kunnen zijn en voorbeeldvragen gepresenteerd.

Bol	Kernpunten
Mijn gezondheid 	– Medisch (lichamelijk/mentale) klachten die de patiënt op dit moment ervaart – Belangrijke thema's voor gezondheid – Wens voor verandering

Voorbeeldvragen

- Hoe gaat het op dit moment met uw gezondheid?
- Ervaart u last van uw gezondheid?
- Wat ziet u als belangrijk voor uw gezondheid?
- Wat zou u echt verbeterd/veranderd willen zien?

Tip:

Begin bij elke bol met een open vraag.

Bol	Kernpunten
Mijn activiteiten 	– Belemmeringen die de patiënt in zijn dagelijkse activiteiten ervaart (door de klachten) – Wens voor oplossingen voor activiteiten

Voorbeeldvragen

- Wat doet u graag op een dag?
- Wat deed u in het verleden graag?
- Ervaart u dat sommige activiteiten niet goed lukken of u moeite kosten?
- Voor welke activiteiten zou u een oplossing wensen? ☐ Wilt u bepaalde dingen weer gaan doen?

Tip:

Vraag door om het concreet te maken (Voorbeeld: U zegt dat boodschappen doen op dit moment moeilijk gaat. Wat bedoelt u met moeilijk? Wat lukt niet? Zou u hier iets meer over kunnen vertellen?)

Bol	Kernpunten
Mijn eigen manier 	– Aanpak van patiënt om te komen tot gewenste veranderingen en/of oplossingen – Wens voor ondersteuning

Voorbeeldvragen

- Wat vindt u belangrijk in het leven en als het gaat om uw gezondheid?
- Hoe komt u op dit moment tot oplossingen?
- Hoe pakt u veranderingen aan?
- Als u iets zou mogen veranderen. Hoe zou u dat willen doen?

Tip:

Geef een samenvatting per bol. De samenvatting kan gebruikt worden als overgang naar een volgende bol.

Bol	Kernpunten
Mijn omgeving 	– Ervaren ondersteuning door (sociale en fysieke) omgeving? – Wens voor ondersteuning

Voorbeeldvragen

- Hoe ervaart u de ondersteuning van de mensen om u heen?
- Hoe zou u graag willen dat uw familie met u en uw aandoening omgaat?
- Heeft u ondersteuning nodig van uw omgeving?
- Hoe zouden anderen u kunnen ondersteunen bij hetgeen u wil veranderen?
- Het huis en de buurt waar je woont, ervaart u hierdoor belemmeringen in het leven?
- Zouden aanpassingen (in huis of in de buurt) of hulpmiddelen u kunnen ondersteunen?

Tip:

Breng de bollen in verband met elkaar. Relateer de bollen 'mijn eigen manier' en 'mijn omgeving' aan de wensen voor verandering die zijn uitgesproken in de bol 'mijn gezondheid' en 'mijn activiteiten'

7.3 Operationaliseren van het begrip hanteerbaarheid

Begrip	Dimensies	Indicatoren	Items	Vrage(n)
Hanteerbaarheid	Uitvoerbaarheid	Tijd	Afname tijd in minuten	1. Hoe lang heeft de afname van het 4-bollen model geduurd? 2. Hoe veel tijd heeft u nodig voor een intake volgens uw standaardwerkwijze?
			Rapportage tijd in minuten	3. Hoe lang heeft u daarover gedaan om de uitkomsten te rapporteren? 4. Hoe veel tijd heeft u nodig voor het rapporteren volgens uw standaardwerkwijze?
		Complexiteit	Moeilijkheidsgraad van de afname	1. Het toepassen van het 4-bollen model was... (makkelijk...) Nadere toelichting:
		Flexibiliteit	Aanpasbaarheid (patientenprofielen)	1. De toepassing van het 4-bollen model was op de individuele cliënt aanpasbaar (mee eens...) Nadere toelichting:
	Algemene Randvoorwaarden* *moesten maar een keer ingevuld worden	Benodigheden voor afnamegebruik	4 bollen model + pen, leidraad vragen (uitgeprint)	1. Het benodigde materiaal* voor de uitvoering (...) was beschikbaar in uw setting. (mee eens...) 2. Ik had nog aanvullend materiaal nodig voor de uitvoering van het 4-bollen model. (mee eens...) Nadere toelichting:
		Vorbereiding	Opzet van het model	1. De opzet van het 4-bollen model is voor mij als professional... te begrijpen Nadere toelichting:
			Scholing toereikend	1. De inhoud van de scholing was voldoende om het model en de toepassing ervan te begrijpen (mee eens...) Nadere toelichting: 2. De handleiding biedt mij ondersteuning (ja/ nee) 3. Ik voel mij voldoende vaardig om het 4-bollen model te gebruiken (mee eens...) 4. Het is mogelijk om het 4-bollen model te integreren in mijn huidige werkwijze (oneens-eens)

7.4 Vragenlijst hanteerbaarheid



Vragenlijst voor de hanteerbaarheid van het 4-bollen model

Beste ergotherapeut,

Het invullen van deze vragenlijst neemt ongeveer 5 tot 10 minuten in beslag.

LET OP! De vragen in sectie 6 hoeven maar 1x ingevuld te worden!

Succes en alvast bedankt!

**Vereist*

Algemene gegevens

Voornaam/achternaam ergotherapeut *

Jouw antwoord

In welke context bent u werkzaam? *
(Revalidatie, eerstelijns, gemeente, ziekenhuis, etc.)

Jouw antwoord

Diagnose/ziektebeeld cliënt*
*Eventuele cognitieve/communicatieve problemen kort benoemen of beknopt ET hulpvraag

Jouw antwoord

Geboortejaar cliënt *

Jouw antwoord

In welke fase van het behandelproces heeft u dit model afgenomen? *

☐ Probleem verheldering

☐ Doelbepaling

☐ Evaluatie van de doelen

☐ Anders: _____

Dit is mijn afname van het 4-bollen model. *

Kiezen ▾

VOLGENDE

Verzend nooit wachtwoorden via Google Formulieren.



Vragenlijst voor de hanteerbaarheid van het 4-bollen model

*Vereist

Vragenlijst voor de hanteerbaarheid van het 4-bollen model

Tijd

Hoelang heeft de afname van het 4-bollen model geduurd? *

Tijd in minuten invullen

Jouw antwoord

Hoelang bent u bezig met de afname zonder gebruik van het 4-bollen model?

Tijd in minuten invullen

Jouw antwoord

Hoelang heeft u erover gedaan om de uitkomsten te rapporteren na gebruik van het 4-bollen model? *

Tijd in minuten invullen

Jouw antwoord

Hoeveel tijd heeft u nodig voor het rapporteren volgens uw standaard werkwijze zonder gebruik van het 4-bollen model?

Tijd in minuten invullen

Jouw antwoord

VORIGE

VOLGENDE

Verzend nooit wachtwoorden via Google Formulieren.

Deze content is niet gemaakt of goedgekeurd door Google. [Misbruik rapporteren](#) - [Servicevoorwaarden](#)

Google Formulieren





Vragenlijst voor de hanteerbaarheid van het 4-bollen model

*Vereist

Vragenlijst voor de hanteerbaarheid van het 4-bollen model

Benodigdheden voor afnamegebruik

Het benodigde materiaal* voor de uitvoering was beschikbaar in uw setting. *

* Kopie 4-bollen model, pen en voorbeeldvragen

☐ Ja

☐ Nee

Ik had nog aanvullend materiaal nodig voor de uitvoering van het 4-bollen model. *

☐ Ja

☐ Nee

Toelichting
Wat had je nog nodig?

Jouw antwoord

Verzend nooit wachtwoorden via Google Formulieren.



Vragenlijst voor de hanteerbaarheid van het 4-bollen model

*Vereist

Vragenlijst voor de hanteerbaarheid van het 4-bollen model

Moeilijkheidsgraad van de afname

Het toepassen van het 4-bollen model was...* *

*(uitleg doel, systematisch verkrijgen van informatie, etc.)

- ☐ Heel moeilijk
- ☐ Moeilijk
- ☐ Makkelijk
- ☐ Heel makkelijk

Toelichting

Wat maakte het makkelijk/moeilijk?

Jouw antwoord

VORIGE

VOLGENDE

Verzend nooit wachtwoorden via Google Formulieren.

Deze content is niet gemaakt of goedgekeurd door Google. [Misbruik rapporteren](#) - [Servicevoorwaarden](#)

Google Formulieren



Vragenlijst voor de hanteerbaarheid van het 4-bollen model

*Vereist

Vragenlijst voor de hanteerbaarheid van het 4-bollen model

Flexibiliteit van afname

De toepassing van het 4 bollen model was op de individuele cliënt aanpasbaar. *

☐ Geheel mee oneens

☐ Mee oneens

☐ Mee eens

☐ Geheel mee eens

Toelichting
Waarom wel/niet aanpasbaar?

Jouw antwoord

Verzend nooit wachtwoorden via Google Formulieren.

Deze content is niet gemaakt of goedgekeurd door Google. [Misbruik rapporteren](#) - [Servicevoorwaarden](#)

Google Formulieren



Vragenlijst voor de hanteerbaarheid van het 4-bollen model

Vragenlijst voor de hanteerbaarheid van het 4-bollen model

Algemene randvoorwaarden

De volgende vragen hoeven maar 1 keer ingevuld te worden!

De opzet van het 4-bollen model is voor mij als professional
te begrijpen.

- ☐ Heel moeilijk
- ☐ Moeilijk
- ☐ Makkelijk
- ☐ Heel makkelijk

Toelichting

Wat maakte het makkelijk/moeilijk?

Jouw antwoord

De inhoud van de scholing was voldoende, om met het model en
de toepassing ervan aan de slag te gaan.

- ☐ Geheel mee oneens
- ☐ Mee oneens
- ☐ Mee eens
- ☐ Geheel mee eens

Toelichting

Wat had u eventueel nog nodig gehad?

Jouw antwoord

De handleiding biedt mij ondersteuning.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Toelichting

Ontbreekt informatie?

Jouw antwoord

Ik voel me voldoende vaardig om het 4-bollen model te gebruiken.

- ☐ Geheel mee oneens
- ☐ Mee oneens
- ☐ Mee eens
- ☐ Geheel mee eens

Toelichting

Jouw antwoord

Het is mogelijk om het 4-bollen model te integreren in mijn huidige werkwijze.

- ☐ Geheel mee oneens
- ☐ Mee oneens
- ☐ Mee eens
- ☐ Geheel mee eens

Toelichting

Jouw antwoord

VORIGE

VOLGENDE

Verzend nooit wachtwoorden via Google Formulier.

7.6 Interviewguide

Interviewguide

Introductie

Onderzoeksvraag:

1. *Hoe ervaren ergotherapeuten de meerwaarde van het 4 bollen model, bij het exploreren van de huidige en gewenste situatie, voor het gezamenlijk opstellen van doelen en het plan van aanpak?*

Doel van het interview:

- Het doel van het interview is om jou de mogelijkheid te geven om zo vrij mogelijk de ervaring met betrekking tot het gebruik van het 4-bollen model te vertellen. (er zijn geen goede of foute antwoorden)
- Inzicht krijgen in de voor jou ervaren meerwaarde van het 4-bollen model.

Duur interview:

- Maximaal 30 min

Opname en notities:

- Geluidsopname
- Notitie observaties

Resultaten van de interviews:

- Member checking (samenvatting van het interview opsturen)
- Resultaten worden geanalyseerd en gerapporteerd.
- Vertrouwelijke behandeling van de informatie
- Eindpresentatie (12 juli)
- Opsturen onderzoeksrapport

Semigestructureerd interview: Openingsvraag

Kun je mij vertellen hoe je het gebruik van het 4-bollen model hebt ervaren?

Hulpvragen en aandachtspunten

Doorvragen:

- | | |
|---|---|
| • Kun jij daar wat meer over vertellen? | Kun jij dat toelichten/verduidelijken? |
| • Kun je dat uitleggen? | Hoe voelde dat voor jou? |
| • Kun je daar nog iets aan toevoegen? | Heb je daar nog een ander idee over? |
| • Wat dacht je daarbij? | Wat was voor jou de essentie? |
| • Kun je daar een voorbeeld van geven? | Het is mij nog niet helemaal duidelijk? |
| • Hoe bedoel je dat? | Dat is alles? |
| • Kun je daar wat nader op ingaan? | Wat moet ik mij daarbij voorstellen? |
| • Hoe zat dat dan precies? | Waar maakte je dat uit op? |
| • Zoals? | Mis ik nog iets belangrijks? |

Beginvraag topic 1: exploratie

Kon je aan de hand van het 4 bollen model de huidige en gewenste situatie exploreren?

Sub vragen:

- Hoe heb je het ervaren om aan de hand van het 4-bollen model de handelingsproblemen en hulpvragen te achterhalen?
- In hoeverre heeft het 4 bollen model ondersteund om gezamenlijk met de cliënt doelen op te stellen?
- Hoe heb je het opstellen van de doelen ten behoeve van het 4-bollen model ervaren?
- In hoeverre heeft het 4 bollen model ondersteund om doelen te stellen die helemaal aansluiten bij de leefwereld van de cliënt?
- Hoe heb je het doorvragen op de 4 onderwerpen van het model ervaren?

Beginvraag topic 2: fasering

Kun je meer daarover vertellen in welke fase je het model van meerwaarde vond?

Subvragen:

- Op welke wijze heb je het 4 bollen model ingezet?
- Vond je het 4-bollen model van meerwaarde tijdens de kennismaking/ doelbepaling/doel evaluatie?
- Zou je je kunnen voorstellen dat het model ook gebruikt kan worden voor de evaluatie?

Beginvraag topic 3: visie ergotherapie

Kun je meer daarover vertellen of de onderdelen van het 4-bollen model aansluiten bij jou ergotherapeutische visie? (occupation-, context based, client centered)

Beginvraag topic 4: zelfmanagement

Hoe kan het 4 bollen model wel/niet bijdragen aan het ondersteunen van zelfmanagement van de cliënt?

Sub vragen:

- Hoe heb je de rol als coachende therapeut tijdens de afname van het model ervaren? (Wat was hierin moeilijk/makkelijk, wat faciliteerde, wat belemmerde?)
- Hoe heeft u de combinatie van het 4-bollen model met de patiëntenprofielen ervaren?
- We hebben in de scholing ook wat verteld over de patiëntenprofielen. Heb je hier iets mee gedaan/ heeft het ondersteuning geboden?

Topic lijst			
	Subtopics		
Helpt bij het exploreren ☐	Huidige situatie ☐ Gewenste situatie ☐	Handelingsprobleem ☐ Hulpvraag ☐ Doelen ☐	Gezondheid ☐ Activiteiten ☐ Omgeving ☐ Eigen manier ☐
Fasering ☐	Inventarisatie ☐ Doelbepaling ☐ Plan van aanpak ☐	Exploreren ☐ Doelen (smart) ☐ Opzet vervolg behandeling ☐	
Ergotherapeutische visie ☐	occupation-, ☐ context based, ☐ client centred ☐	Activiteiten ☐ Omgeving ☐ Eigen manier, gezondheid ☐	
Zelfmanagement ☐	Cliënt ☐ Therapeut ☐	Patiëntenprofielen ☐ Coach ☐ stimuleren van inbreng cliënt	Zelfstandigheid, ☐ inbreng cliënt, ☐ motivatie, ☐ betrokkenheid

❖ Weinig waarom vragen, geen suggestieve vragen, weinig tussenvoegsels

Parafraseren

- Bedoel je dat...?
- Kan ik het zo samenvatten dat...?
- Als ik het zo samenvat... klopt het dan?
- Is de belangrijkste boodschap dat?

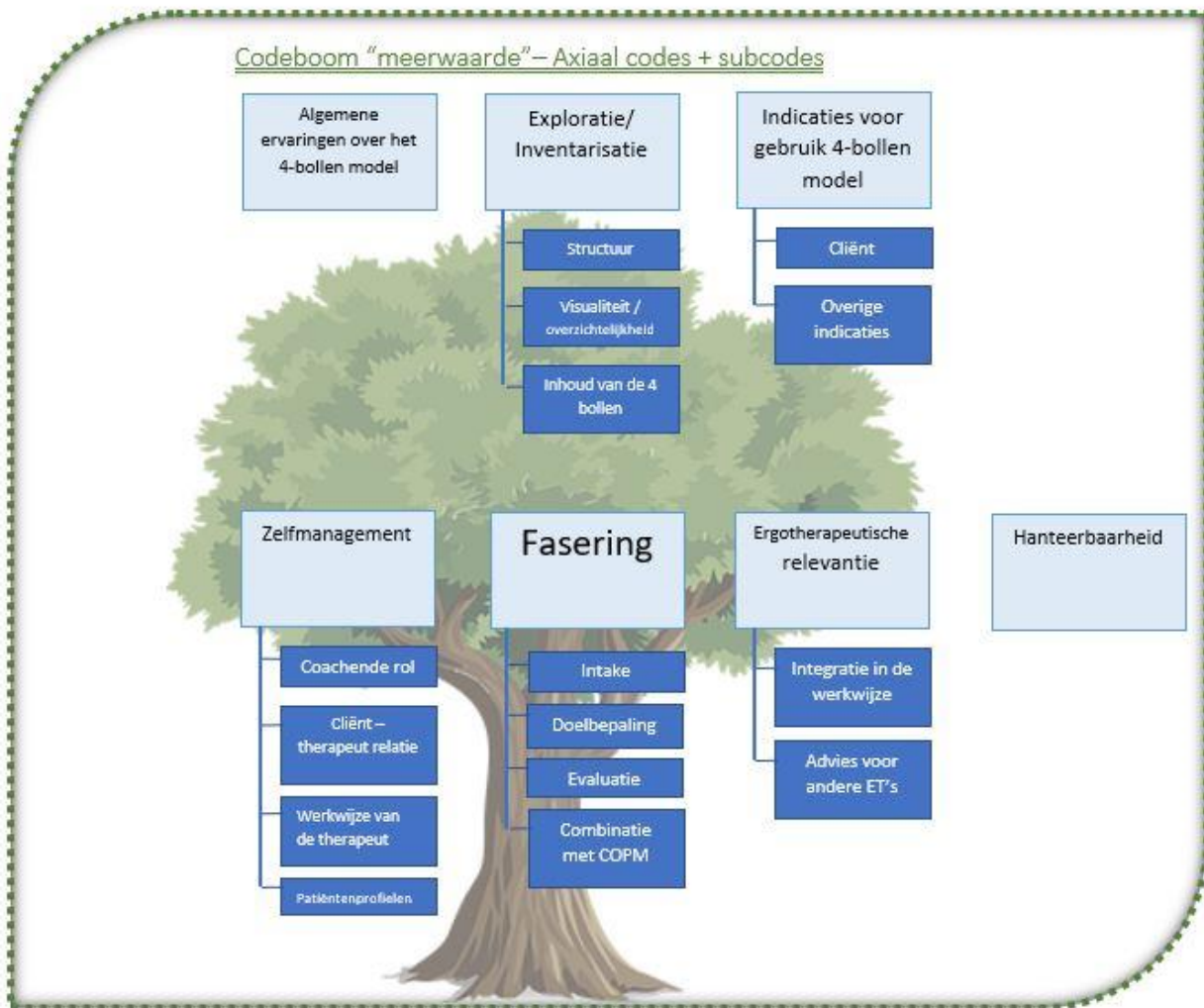
Non-verbaal/Gelaatsuitdrukkingen:

- Zithouding; open; koetsiershouding
- Zitten in een hoek van 90°
- Knikken met hoofd
- Mhh-en
- Oogcontact
- Aandachtig luisteren

Belangrijke eyeopener:

- Was er iets wat jou heeft verbaasd?
- Wat is voor jou essentieel voor het gebruik?
- Heb je nog andere punten die van meerwaarde zijn voor het gebruik van het model?
- Zou je het model gaan integreren in je huidige werkwijze (wat heb je daarvoor nog nodig)?
- Zou je iemand adviseren om dit model te gaan gebruiken?
- Wat kan volgens jou echt niet ontbreken in de afstudeerpresentatie?

7.7 Codeboom



7.8 Informatiebrief deelnemers

Deelnemers informatie

Doelstelling studie: Het doel is om inzicht te krijgen in de meerwaarde en de hanteerbaarheid van het 4 bollen model voor ergotherapeuten. Naar aanleiding van dit onderzoek kunnen we een uitspraak doen of het 4 bollen model van meerwaarde is voor het effectief exploreren van de huidige en gewenste situatie van de cliënt bij de ergotherapeutische behandeling.

Verantwoordelijke

Onderzoekers: Lea Gnida, Timo Gouverne, Jelena Slowig, Jurn Veenstra

In dit document vindt u de schriftelijke informatie met betrekking tot de studie over de hanteerbaarheid en de meerwaarde van het 4-bollen model, in de diagnostische fase uitgevoerd door ergotherapeuten, waarvoor wij uw medewerking willen vragen. Graag informeren wij over het belang van deze studie.

U bent werkzaam als ergotherapeut in een behandelende setting met cliënten boven de 18 jaar. Bij deelname wordt van u verwacht om het 4 bollen model de komende twee/drie weken (ongeveer) te gebruiken bij het exploreren van de huidige- en gewenste situatie en vanuit hier samen met de cliënt doelen op te stellen (na de scholing). De voorkeur heeft om dit model bij meer dan één cliënt af te nemen.

Om te onderzoeken of dit model een meerwaarde heeft voor u tijdens de exploratiefase maken wij gebruik van een interview. Dit interview zal plaatsvinden in de derde week waarin u het 4-bollen model heeft toegepast.

Om te onderzoeken hoe de hanteerbaarheid is van dit model, maken wij gebruik van een vragenlijst. De vragenlijst wordt na elke afname ingevuld door u. De reden hiervoor is dat de meeste van u ook werken met verschillende doelgroepen, waardoor hier wellicht ook verschillen kunnen zijn in de hanteerbaarheid. Daarnaast kunnen wij op deze manier nog meer gegevens omtrent de hanteerbaarheid verzamelen.

Graag willen wij u er op attenderen om de toestemmingsverklaring op de volgende pagina in te vullen.

7.9 Toestemmingsverklaring formulier (Informed Consent)

Toestemmingsverklaring formulier (Informed consent)

Onderzoek naar de hanteerbaarheid en de meerwaarde van het 4-bollen model tijdens de diagnostische fase door ergotherapeuten

In te vullen door deelnemer

Ik heb de informatiebrief voor de deelnemer zorgvuldig gelezen. Ik heb hierbij aanvullende vragen kunnen stellen. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe aan het onderzoek.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik ben op de hoogte gesteld dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen en daarvoor geen reden hoeft te geven.

Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Ik geef toestemming voor het opnemen van het interview door middel van een voice recorder. Ik weet dat de geluidsfragmenten uitsluitend zullen worden gebruikt voor de analyse en/of wetenschappelijke presentaties.

Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam ergotherapeut: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

In te vullen door de onderzoeker

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: _____

Datum: _____

Handtekening onderzoeker: _____

7.10 Voorbeeld transcript en coderen

Transcript	Open codes	(eventueel) subcodes	Axiaal codes
Hoe heb het in die situatie ervaren om met het model de problemen en de hulpvragen opnieuw te achterhalen? Ik vond het wel een prettige manier, want ja het is iemand die ik al heel lang ken en waar we al heel veel doelen hebben bereikt en waar ik zelf even vasthing van ja maar ik zie nu even geen ergo doel meer. 'Wat zou ik nu nog voor u kunnen betekenen.' En zei is zelf verpleegkundige/ verzorgende hing ook een beetje vast van ik wil wel nog iets maar ik weet niet wat ik dan verwacht. Aan de hand van die vragen die erop stonden of ja die we dan hebben geformuleerd zijn we toch nog tot een doel gekomen.	ET vond de inzet van het 4-bollen model wel een prettige manier, "want het is iemand die ik al heel lang ken en waar ik al veel doelen mee heb bereikt en waar ik zelf even vasthing want ik zie even geen ergo doelen meer". ET heeft het gebruik gemaakt van voorbeeldvragen, hierdoor gekomen tot een doel.	Overige redenen indicatie Doelbepaling Werkwijze van de therapeut	Indicatie voor gebruik 4-bollen model Fasering Zelfmanagement

7.11 Begrippenlijst

ADL	Alle dagelijkse levensverrichtingen
Axiaal coderen	Ordenen van open codes in categorieën
Betrouwbaarheid (thrustworthiness)	De mate waarin een meting onafhankelijk is van toeval
Boomdiagram	Diagram met hoofd- en subtakken die de axiaal codes en subcategorieën hiervan weergegeven
CMOP-E	Ergotherapeutisch inhoudsmodel Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
Dataverzameling	Het verzamelen van gegevens volgens een methode.
Data-analyse	Het analyse proces voor het interpreteren en ordenen van de verzamelde gegevens.
Ethische overwegingen	Wijze van opslag en waarborging anonimiteit van gegevens
Hanteerbaarheid	De mate waarin een model gebruiksvriendelijk is in de toepassing
Homogene steekproef	Een steekproef die zich kenmerkt door onderlinge overeenkomsten
Inclusiecriteria	Criteria die bepalen wanneer participanten geschikt zijn om deel te nemen aan het onderzoek
Interviewgide	Een leidraad die handvaten geeft voor het afnemen van een interview
Kwalitatief onderzoek	Onderzoek die zich richt op het in kaart brengen van meningen, opvattingen en gevoelens van een persoon met betrekking tot een bepaald onderwerp (subjectieve data)
Kwantitatief onderzoek	Onderzoek die zich richt op het achterhalen van feiten (objectieve data)
Meerwaarde	De aanvaardbaarheid en toegevoegde waarde van het 4-bollen model in de ergotherapeutische context
Member checking	Procedure waarin de deelnemers de interpretaties van de onderzoekers controleren
Mixed method	Onderzoeksontwerp waarbij zowel kwalitatieve als kwantitatieve dataverzamelings- en analysetechnieken worden gebruikt.
MOHO	Ergotherapeutisch inhoudsmodel Model of Human Occupation
Onderzoeksdesign	Een systematische weergave van de werkwijze die gehanteerd moet worden tijdens het onderzoek
Onderzoekerstriangulatie	Het inzetten van meerdere onderzoekers bij dataverzameling en analyse
Open coderen	Het toekennen van codes aan interviewfragmenten van een transcript, waarbij zo dicht mogelijk bij de inhoud van het fragment gebleven wordt
Operationaliseren	Het meetbaar maken van een begrip door dit concreet te definiëren
Patiëntenprofielen	Een model die vier verschillende type patiënten beschrijft
Peer review	Het betrekken van vakkundige en experts bij het maken van cruciale beslissingen
PEO-model PTO-model	Person environment occupation model Persoon taak omgeving model
Pilot interview/vragenlijst	Het uitvoeren van een proefinterview/vragenlijst om de betrouwbaarheid hiervan te waarborgen
Plausibiliteit	Het toepassen van gestandaardiseerde analysetechnieken

Positieve gezondheid	Het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven
Reflexiviteit	Het vermijden van eigen interpretaties van de onderzoekers
Semigestructureerd interview	Een kwalitatieve dataverzamelingstechniek. Topics in het interview zijn bekend, echter blijft hier genoeg ruimte voor eigen invulling
Thick discription	Een diepgaande beschrijving van de gehele onderzoeksprocedure die de reproduceerbaarheid mogelijk maakt
Transcriberen	Het omzetten van een geluidsopname naar geschreven tekst
Validiteit	De mate waarin de onderzoekers meten wat zij beoogde te meten
Zelfmanagement	Het zodanig omgaan met de aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven