
WAT SPV-EN ZEGGEN

De uitvoering van een kwantitatief masteronderzoek naar gespreksactiviteiten van SPV-en bij een kortdurende behandeling

Peter Braem, SPV, GGZ verpleegkundig specialist i.o. werkzaam bij Zorgservice, onderdeel van de Parnassia Bavo Groep

Er is niemand die precies weet wat SPV-en doen bij een kortdurende behandeling in de eerste lijn. Dat is opmerkelijk, want er zijn veel SPV-en die een dergelijke behandeling uitvoeren, voornamelijk bij gezondheidscentra of huisartsenpraktijken ter ondersteuning van de huisartsen. Wel is onderzoek gedaan naar cliënttevredenheid, de tevredenheid van de huisartsen over de SPV-en en de problematiek waarmee huisartsen hun patiënten naar de SPV-en doorsturen (bijvoorbeeld Beenackers, 2002). Tot op heden is er echter geen onderzoek gedaan naar de activiteiten van SPV-en bij een kortdurende behandeling. De literatuur geeft wel een beeld van de contouren van het werk, echter de precieze inhoud is nergens omschreven (voor een voorbeeld hiervan zie Zantinge, Verhaak, Van den Berg & Voordouw, 2002). Kortdurende behandeling door SPV-en is zodoende een black box. De patiënten worden aangemeld, krijgen een behandeling en kunnen er vervolgens weer een poosje tegenaan, maar wat er precies gebeurt tijdens de behandeling, is onbekend.

Het management van de afdeling waar ik werkte, Parnassia-Bavo Groep, GGZ in de 1ste lijn, ervoer dit als een probleem en vroeg mij daarom de werkzaamheden van de SPV-en bij een kortdurende behandeling te omschrijven. Ook werd mij gevraagd na te gaan in hoeverre er gebruik gemaakt wordt van een aantal gangbare therapeutische methoden (oplossingsgerichte korte psychotherapie, het vijf-gesprekkenmodel, de cognitieve therapie, motiverende gespreksvoering en het Zeeuwse model, zie volgende paragraaf). Om deze vragen van het management te beantwoorden heb ik, onder andere, onderzoek gedaan naar wat SPV-en tegen hun patiënten zeggen, of, met andere woorden, onderzoek naar 'gespreksactiviteiten'. Wat de SPV-en werkelijk zeiden, heb ik vergeleken met activiteiten zoals die voorkomen in de Nursing Intervention Classification (NIC) (McCloskey en Bulechek, 2002) en een lijst met activiteiten behorende bij de therapeutische methoden.

Een dergelijk onderzoek levert het een en ander op: het is een goede basis voor een beschrijving van het werk van de SPV-en, het geeft het management materiaal in handen dat gebruikt kan worden om naar andere partijen de werkzaamheden van de SPV-en te verduidelijken en het levert een bijdrage aan evidence based handelen (voor een verhandeling over evidence based practice zie bijvoorbeeld: Cox, De Louw, Verhoef & Kuiper, 2005).

Het doel van het onderzoek was om een beschrijving te geven van de uitgevoerde gespreksactiviteiten bij een kortdurende behandeling door de SPV-en van afdeling GGZ in de 1ste lijn, Parnassia Bavo Groep. De eerste onderzoeksvraag luidde: welke NIC-gespreksactiviteiten behorende bij welke NIC-interventies worden toegepast bij een kortdurende behandeling door SPV-en en tot welke NIC-klassen behoren deze? De tweede onderzoeksvraag luidde: welke gespreksactiviteiten die behoren bij het vijf-gesprekken model (Stoffer, 2005), het Zeeuwse model (Rijnders, De Jong, Isebaert, Van Tilburg & Van den Aamele, 2002), de cognitieve therapie (Beck, 2005), motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2005) en de oplossingsgerichte korte psychotherapie (Cladder, 2000) worden toegepast bij een kortdurende behandeling door SPV-en? Met een kortdurende behandeling wordt in dit onderzoek een behandeling bedoeld die zes á zeven gesprekken omvat.

Achtereenvolgens behandelt dit artikel het onderzoeksinstrument, de wijze van onderzoek, de resultaten van het onderzoek en de bevindingen. Ook enige kritische kanttekeningen ontbreken niet. De resultaten en conclusies van dit onderzoek betreffen uitsluitend afdeling 'GGZ in de eerste lijn' van de Parnassia Bavo Groep. Het onderzoek heb ik uitgevoerd in het kader van de opleiding tot GGZ Verpleegkundig Specialist.

Construeren van een begrippenkader

Om te kunnen omschrijven wat SPV-en werkelijk zeggen, heb ik een vergelijking gemaakt met wat zij, theoretisch gezien, zouden kunnen zeggen. Om deze vergelijking tussen theorie en werkelijkheid te kunnen maken ben ik op zoek gegaan naar goed omschreven interventies en activiteiten die gebruikt kunnen worden bij een kortdurende behandeling. Dit zowel op verpleegkundig terrein als op het terrein van de therapeutische methoden. Deze zoektocht stelde mij voor moeilijkheden, althans voor wat betreft het verpleegkundige gedeelte. Iedere publicatie had namelijk een eigen invalshoek, een eigen niveau van gedetailleerdheid en een eigen omschrijving van activiteiten en interventies. Uiteindelijk vond ik datgene wat ik zocht in de Nursing Intervention Classification, beter bekend als de NIC. De NIC is een grote verzameling omschreven interventies, die veelomvattend is en zich richt op alle verpleegkundige beroepsgebieden, inclusief alle verpleegkundige specialismen. De NIC is ingedeeld volgens een bepaalde hiërarchie. De kleinste elementen hiervan zijn de activiteiten. Een aantal activiteiten hoort bij een interventie. De interventies worden als het ware geoperationaliseerd middels de bijbehorende activiteiten. Een aantal interventies vormt een klasse en een aantal klassen, tot slot, vormt een domein. Het domein 'gedrag' bleek 7 klassen, 75 interventies en ongeveer 1200 bijbehorende activiteiten te bevatten die gebruikt zouden kunnen worden bij een kortdurende behandeling. Het zou echter ondoenlijk zijn om datgene wat SPV-en zeggen te vergelijken met een lijst van 1200 activiteiten. Om de lijst toegankelijk te maken construeerde ik een digitaal onderzoeksinstrument, waarmee ik gericht kon zoeken in deze lijst met interventies en activiteiten.

NIC-interventie met activiteiten.

De vierde activiteit ('Moedig de patiënt...') is bijvoorbeeld een gespreksactiviteit

Bevordering van de eigenwaarde

Self-esteem enhancement

5400

Definitie: de patiënt helpen zijn zelfbeeld te verbeteren

Activiteiten

Beoordeel uitspraken van de patiënt over zijn eigenwaarde

Bepaal de <i>locus of control</i> van de patiënt
--

Bepaal in hoeverre de patiënt op zijn eigen oordeel vertrouwt

Moedig de patiënt aan na te gaan wat zijn sterke kanten zijn
--

Moedig de patiënt aan oogcontact te zoeken wanneer hij met anderen praat
--

Onderstreep de sterke kanten die de patiënt noemt

Geef de patiënt de gelegenheid tot ervaringen die zijn autonomie versterken

Help de patiënt positieve reacties van anderen te leren waarderen

Om na te gaan in hoeverre er gebruik gemaakt wordt van een aantal therapeutische methoden, heb ik literatuur over de diverse methoden geanalyseerd. De geanalyseerde methoden zijn de oplossingsgerichte korte psychotherapie, het vijf-gesprekkenmodel, de cognitieve therapie, motiverende gespreksvoering en het Zeeuwse model. De oplossingsgerichte korte psychotherapie (Cladder, 2000) gaat uit van het zoeken naar datgene wat er goed gaat bij cliënten, welk gedrag zij vertonen dat maakt dat het goed gaat en hoe cliënten ervoor kunnen zorgen dat het goed blijft gaan. Een zeer bekend element is het stellen van de *wondervraag*: stel dat er vannacht een wonder zou gebeuren, waaraan zou u dat het eerste merken? In het Vijf-gesprekken model (Stoffer, 2005) zijn een aantal elementen te onderscheiden, zoals het kiezen van één behandeldoel (focus). De Cognitieve Therapie (Beck, 2005) is een gestructureerde, kortdurende, op het heden gerichte vorm van psychotherapie waarbij het doel is de irrealistische gedachten van cliënten op te sporen, te onderzoeken en zonodig te veranderen. Een in de verslavingszorg succesvol gebleken manier van gespreksvoering is de motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2005). Inmiddels wordt deze wijze van gespreksvoering ook buiten de verslavingszorg toegepast. In de Zeeuwse methode wordt uitgegaan van een oplossingsgerichte oriëntatie. Er wordt aangestuurd op verandering bij cliënten op drie niveaus, het niveau van de manifeste klacht, dat van de uitlokkende omstandigheden en het niveau van de aanpassing van de persoonlijke stijl. Een kenmerkend element is bijvoorbeeld het gebruik van metaforen (Rijnders et al., 2002). De analyse van deze therapeutische methoden resulteerde in een lijst met bij de diverse methoden behorende elementen. Om de validiteit van deze lijst met elementen te verhogen is deze beoordeeld door twee psychologen die goed op de hoogte zijn van de verschillende modellen en methoden. Deze lijst heb ik toegevoegd aan het onderzoeksinstrument.

Onderzoek naar gespreksactiviteiten

Om te onderzoeken wat de SPV-en doen, was observatie nodig. Observatie deed ik middels het maken van geluidsopnames. Voor dit onderzoek zijn door zes SPV-en twaalf gesprekken opgenomen. Iedere SPV nam twee willekeurige gesprekken op.

Bij de analyse ben ik zin voor zin nagegaan welke NIC activiteit ermee werd uitgevoerd en of de zin was terug te voeren op een element van een van de therapeutische methoden en modellen. Een voorbeeld. Op enig moment hoorde ik een SPV tegen een cliënt zeggen: "Maar ik wil eerst even vragen van 'wat gaat er beter?'" Middels het onderzoeksinstrument vond ik hierbij de NIC-activiteit 'stel geschikte vragen om de patiënt aan het denken te zetten over de situatie en over wat voor hem belangrijk is' behorende bij de NIC-interventie 'waardeverduidelijking'. Daarnaast vond ik in de lijst van activiteiten behorende bij één van de therapeutische methoden, in dit geval de oplossingsgerichte therapie, het element 'vragen naar verbetering (van de situatie)'. De SPV sprak deze zin in precies drie seconden uit en deed in NIC termen beschreven zodoende drie seconden aan 'waardeverduidelijking' (en drie seconden aan 'vragen naar verbetering' als element van de oplossingsgerichte therapie). Door zodoende het gesprek zin voor zin na te gaan was ik uiteindelijk in staat om de uitgevoerde activiteiten te identificeren en na te gaan hoeveel tijd er besteed werd aan de diverse activiteiten, interventies, klassen en therapeutische methoden en modellen.

Om mijn analyse zo waarheidsgetrouw mogelijk te laten zijn besloot ik om deze te toetsen bij de SPV-en die de gesprekken voor mij hadden opgenomen. Hierdoor kon ik nagaan of mijn keuze van de bij de gespreksactiviteiten behorende interventies (sommige gespreksactiviteiten passen bij meerdere interventies) overeenkwamen met de bedoelingen van de SPV-en.

Wat zeggen de SPV-en?

Van de zes SPV-en die meededen aan het onderzoek waren er drie een vrouw. Hun gemiddelde leeftijd bevond zich tussen 51 en 55 jaar (omwille van de anonimiteit van de SPV-en is hun niet naar hun exacte leeftijd gevraagd, maar naar een leeftijdscategorie). Gemiddeld hadden zij twaalf jaar ervaring als SPV en viereneenhalf jaar ervaring met kortdurende behandelingen in de eerste lijn. Van de cliënten was driekwart een vrouw. De gemiddelde leeftijd was 43 jaar. De meest geclassificeerde DSM IV as I stoornissen waren Aanpassingsstoornissen (bij 50 procent) en Posttraumatische stressstoornissen (25 procent). De gemiddelde GAF score bedroeg 55. Vijftig procent van de gesprekken betrof het eerste gesprek na de intake.

De gemiddelde gespreksduur bedroeg 32 minuten en 56 seconden. Onderstaand volgen de resultaten: de NIC-klassen waartoe de gevonden NIC-activiteiten behoren, dan de vijf NIC-interventies waarvan de meest activiteiten zijn gebruikt, en vervolgens de tien meest gebruikte NIC activiteiten. De resultaten zijn uitgedrukt in 'percentage van de door de hulpverlener gebruikte tijd'. Verdere resultaten betreffen de percentages van de tijd die de SPV-en aan elementen behorende bij de therapeutische methoden hebben besteed.

NIC-klassen

Tijdens de twaalf opgenomen gesprekken gebruikten de SPV-en NIC-gespreksactiviteiten uit de volgende klassen: 'ondersteunen bij probleemhantering', 'gedragstherapie', 'bevorderen van de communicatie', 'patiënten voorlichting', 'cognitieve therapie' en 'ondersteunen van de persoonlijke zorg', zie tabel 1.

Van de totale besteedde tijd kon 97 procent worden teruggevoerd op een NIC-activiteit en daarmee natuurlijk ook op een NIC-klasse.

Tabel 1: NIC-klassen, gemiddelde percentage van de door de SPV-en gebruikte tijd

Klasse	Gemiddelde% (N=12)	SD	min	max
Ondersteunen bij probleem hantering	44%	16	17	68
Bevorderen van communicatie	21%	8	12	38
Gedragstherapie	20%	17	0	43
Patiënten voorlichting	9%	13	0	44
Cognitieve therapie	2%	4	0	13
Ondersteuning van de persoonlijke zorg	< 1%	<1	0	1
Zorg rondom levensfasen van het gezin	< 1%	3	0	9
Geen klasse	3%	3	0	11

NIC-interventies

De SPV-en gebruikten gespreksactiviteiten behorende bij 28 interventies. Aan gespreksactiviteiten behorende bij de interventie 'bevordering van de coping' besteedden zij de meeste tijd, namelijk zestien procent, en aan gespreksactiviteiten uit de interventie 'bevordering van de slaap' besteedden zij de minste tijd, minder dan één procent.

De vijf interventies waarvan de meeste activiteiten gebruikt werden waren:

- 'bevordering van de coping' (16% van de door de SPV-en gebruikte tijd)
- 'actief luisteren' (12%)
- 'opbouw van een therapeutische relatie' (9%)
- 'gezamenlijk doelen stellen' (9%)
- 'counseling' (7%)

NIC-gespreksactiviteiten

De SPV-en hebben in alle gesprekken gezamenlijk 159 verschillende gespreksactiviteiten uitgevoerd. De gespreksactiviteit waaraan de meeste tijd werd besteed, namelijk vijf procent van de tijd, is 'reageer wanneer nodig om duidelijk te maken dat u de boodschap hebt begrepen', behorende bij de interventie 'actief luisteren' die deel uitmaakt van de klasse 'bevordering van de communicatie'. Tabel 2 geeft de gespreksactiviteiten weer waaraan de SPV-en de meeste tijd besteedden.

Tabel 2: 10 meest gebruikte NIC- gespreksactiviteiten (met interventie waarvan de activiteit deel uitmaakt), in gemiddelde percentages van de door de SPV-en gebruikte tijd

Activiteit	Gem.% N=12	SD	Min	Max
Reageer wanneer nodig om duidelijk te maken dat u de boodschap hebt begrepen (actief luisteren)	5%	3	0	10
Ga na welke andere reacties op de situatie mogelijk zijn en bespreek deze (bevordering van de coping)	5%	4	1	11
Stel vragen en geef feedback om de boodschap duidelijk te krijgen (actief luisteren)	4%	4	0	13
Moedig de patiënt aan zijn gedachten en gevoelens te erkennen en te bespreken (bevordering van het zelfbesef)	4%	6	0	21
Help de patiënt zich een objectief beeld te vormen van de gebeurtenis (bevordering van de coping)	3%	3	0	9
Moedig de patiënt aan zijn waarden en opvattingen te analyseren en na te gaan in hoeverre hij daar tevreden mee is (ondersteunen bij zelfverandering)	3%	7	0	21
Gebruik de samenvatting als uitgangspunt voor het volgende gesprek (opbouw van een therapeutische relatie)	3%	3	0	7
Help de patiënt de te verwachten situationele en/of ontwikkelingscrisis te onderkennen en na te gaan welke gevolgen deze crisis voor hem en zijn gezin zal hebben (anticiperende begeleiding)	3%	7	0	24
Help de patiënt na te gaan welk probleem of welke situatie de oorzaak is van zijn psychische nood (bevordering van de coping)	2%	3	0	8
Spreek aan het einde van elk gesprek af wanneer het volgende gesprek zal plaatsvinden (opbouw van een therapeutische relatie)	2%	2	0	8

Therapeutische methoden

Van alle therapeutische methoden kon ik gespreksactiviteiten identificeren. Aan elementen van 'het Zeeuws model' besteedden de SPV-en relatief de meeste tijd, gevolgd door de 'oplossingsgerichte therapie', het 'vijf-gesprekken model', motiverende gespreksvoering en de 'cognitieve therapie', zie tabel 3.

Tabel 3: Therapeutische methoden, in percentages van de door de hulpverlener gebruikte tijd (percentages mogen niet bij elkaar worden opgeteld omdat er overlap bestaat tussen de verschillende methoden en modellen)

Therapeutische methode	Gemiddelde% (N= 12)	SD	min	max
Zeeuws methode	26%	19	5	56
Oplossingsgerichte therapie	18%	23	0	64
Vijf gesprekken model	10%	11	0	26
Motiverende gespreksvoering	4%	5	0	13
Cognitieve therapie	1%	3	0	7

Verdere bevindingen

Het blijkt mogelijk te zijn aan de hand van het onderzoeksinstrument zeer gedetailleerd de gespreksactiviteiten van SPV-en bij een kortdurende behandeling te beschrijven. Door een gesprek te analyseren met behulp van het onderzoeksinstrument ontstaat er een abstractie van het geanalyseerde gesprek in NIC-termen. Daarnaast wordt zichtbaar welke activiteiten behorende bij de therapeutische methoden en modellen worden toegepast. Aan de hand van de gevonden resultaten kan op eenvoudige wijze een beeld worden gecreëerd van wat SPV-en bij een kortdurende behandeling doen. De gevonden klassen kunnen worden verduidelijkt aan de hand van de bijbehorende interventies. De gevonden interventies kunnen op hun beurt verduidelijkt worden met behulp van de bijbehorende activiteiten.

Van het grote aantal gevonden activiteiten (159) werden er veel in beperkte mate gebruikt: 78 procent van de activiteiten werden ieder minder dan één procent van de tijd gebruikt. Dit is karakteristiek voor de grote diversiteit in de gesprekken. Het benadrukt het generalistische karakter van het werk van de SPV-en. Bij beluistering van de opnamen viel op dat sommige cliënten slecht Nederlands spraken, waarbij ook tolken te hulp werden geroepen. De leeftijd van de patiënten en hun problematiek varieerde sterk. In het ene gesprek ging het om een jonge man met een werkprobleem, in het andere om een bejaarde vrouw met lichamelijke klachten.

De gevonden inhoudelijke elementen zeggen ook iets over het profiel van de SPV-en. Het beeld van de SPV-en dat bij de analyses ontstaat is dat zij een actieve rol hebben. Een groot deel van de gesprekken gaat over het veranderen van gedrag middels het aanreiken van alternatieve mogelijkheden om met problemen om te gaan, het stellen van doelen en het verhelderen van de inzichten van de cliënt. Hierbij nemen de SPV-en een actief luisterende houding aan. Ook over de vorm van de gesprekken kan iets worden gezegd. Er blijken twee verschillende gespreksvormen te zijn die ieder gebruik maken van verschillende elementen: de eerste gespreksvorm maakt grotendeels gebruik van elementen behorende bij de klasse 'Ondersteunen bij probleemhantering' en 'Patiëntenvoorlichting' en heeft een vrije, niet aan methode of protocol gebonden vorm. De tweede gespreksvorm maakt voor een groot deel gebruik van elementen behorende bij de klasse 'Gedragstherapie'.

Deze gespreksvorm is meer gestructureerd en methodisch.

Natuurlijk kan er aan de hand van de analyse eveneens iets worden vermeld over wat er niet gedaan wordt: opvallend is dat er geen activiteiten zijn gebruikt van de interventies 'Sluiten van een behandelovereenkomst', 'Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding' (GVO) en 'Ontspanningstherapie'. Voor het ontbreken van activiteiten van 'Sluiten van een behandelovereenkomst' kan de reden gelegen zijn in het gegeven dat het sluiten van een behandelovereenkomst bij een kortdurende behandeling in de meeste gevallen in het eerste gesprek plaatsvindt, aan het einde van de intake. Anderzijds kwamen gedetailleerde behandelovereenkomsten niet ter sprake in de gesprekken. Hier staat tegenover dat er wel ruime aandacht was voor behandeldoelen, middels de NIC-interventie 'Gezamenlijk doelen' stellen (deze interventie beschrijft het 'stellen van doelen' in algemene zin en niet als onderdeel van een verpleegkundig behandelplan, wat de interventie 'Sluiten van een behandelovereenkomst' wel doet).

De belangrijkste conclusie echter is dat wat SPV-en zeggen voor 97 procent valt te omschrijven vanuit het verpleegkundig kader zoals dat wordt gevormd door de NIC, tegenover 26 procent vanuit het therapeutisch model waarvan de meeste gespreksactiviteiten zijn gebruikt, namelijk het Zeeuws model. Dit onderzoek bevestigd zodoende de achtergrond van de SPV-en, en die is verpleegkundig. De vraag dient zich aan wat je aan een dergelijk onderzoek verder hebt. Wat levert deze wetenschap ons op? Naar mijn idee een aantal zaken. Door hulpverleningsgesprekken volgens een goed omschreven begrippenkader zoals de NIC te beschrijven, worden vergelijkingen tussen gesprekken mogelijk. Natuurlijk was er bekend dat er twee soorten gesprekken zijn (methodisch en vrije vorm), echter dit onderzoek laat zien dat dat verschil ook te meten is, doordat bij de twee gespreksvormen gebruik wordt gemaakt van elementen behorende bij verschillende NIC-klassen. Ook is het mogelijk om bepaalde zaken te gaan onderzoeken. Onduidelijk blijft bijvoorbeeld het effect van de hulpverlening. Er zou effect onderzoek gekoppeld kunnen worden aan beschrijvend onderzoek. Onderzocht kan dan worden of de meer methodische gesprekken effectiever zijn dan de niet methodische gesprekken. Ook zou nagegaan kunnen worden welke elementen van welke interventies gebruikt worden. Dergelijke kennis zou voorts gebruikt kunnen worden om de uitvoering van interventies te verbeteren.

Kanttekeningen

Bij het uitgevoerde onderzoek kunnen vraagtekens worden gezet bij de generaliseerbaarheid, de kwaliteit van de uitgevoerde NIC-interventies en therapeutische methoden en de betrouwbaarheid van het onderzoeksinstrument. Onderstaand volgen enige opmerkingen hierover.

Dit onderzoek is niet generaliseerbaar. Het beschrijft de gespreksactiviteiten van SPV-en van één team. Er mag niet zondermeer worden aangenomen dat binnen andere teams vergelijkbaar onderzoek dezelfde resultaten zal opleveren. Verder wordt uit dit onderzoek niet duidelijk welke gespreksactiviteiten door andere disciplines worden gebruikt. Immers alleen gesprekken gevoerd door SPV-en zijn onderzocht.

Ook blijft onduidelijk in hoeverre de NIC-interventies en de therapeutische methoden juist en volledig zijn uitgevoerd. Dit onderzoek beschrijft slechts welke gespreksactiviteiten zijn uitgevoerd zonder aandacht voor de kwaliteit ervan. Om na te gaan of interventies en therapeutische methoden ook correct worden uitgevoerd is verder onderzoek nodig. Voor wat betreft de NIC valt hierbij overigens op dat de beschreven interventies niet wetenschappelijk onderbouwd zijn vanuit de in de NIC zelf gepresenteerde referentieliteratuur. De NIC moet derhalve als best practice beschouwd worden (en niet als *evidence based practice*).

Om de betrouwbaarheid van het onderzoeksinstrument na te gaan heeft er een vergelijkende analyse plaatsgevonden, waarbij één van de geanalyseerde gesprekken door een onafhankelijke tweede beoordelaar werd geanalyseerd. Dit vergelijkende onderzoek geeft indicatie voor een goede betrouwbaarheid van het onderzoeksinstrument op NIC-klasse en NIC-activiteiten niveau. Op NIC-interventieniveau blijkt de NIC multi-interpretabel te zijn.

Samenvatting

Onderzoek is gedaan naar de gespreksactiviteiten (wat werd er gezegd) van de SPV-en bij een kortdurende behandeling. Om de gespreksactiviteiten van SPV-en in kaart te brengen, is een onderzoeksinstrument gemaakt op basis van een lijst met mogelijke gespreksactiviteiten. Deze lijst is gemaakt met behulp van de Nursing Intervention Classification (NIC) (McCloskey en Bulechek, 2002) en een analyse van verschillende therapeutische methoden die resulteerde in een aanvullende lijst met gespreksactiviteiten. Dataverzameling gebeurde door het maken van geluidsopnames. Het onderzoeksinstrument bleek te voldoen aan de verwachtingen: van de door de hulpverlener gebruikte gesprekstijd kon gemiddeld (N=12) 97 procent van de gebruikte tijd aan een NIC-gespreksactiviteit worden gekoppeld. Ook bleek het mogelijk om elementen uit de therapeutische methoden te herkennen. Geconcludeerd kan worden dat middels het onderzoek een gedetailleerde beschrijving van de gespreksactiviteiten kan worden gemaakt. Het blijkt mogelijk om twee gespreksvormen te onderscheiden: bij de eerste vorm ligt nadruk op het gebruik van elementen uit de NIC-klassen *Ondersteunen bij het hanteren van problemen* en *Voorlichting* en de tweede gespreksvorm maakt meer gebruik van elementen uit de NIC-klasse *Gedragstherapie*. Verder valt op dat er meer NIC-activiteiten te herkennen (97%) zijn dan elementen uit een therapeutische methode (Zeeuwse methode 26%). De analyse laat zien dat de SPV-en een actieve rol hebben in de gesprekken. Een groot deel van de gesprekken gaat over het gezamenlijk vinden van alternatieve mogelijkheden om met problemen om te gaan. Hiertoe worden doelen gesteld waarbij de SPV-en een actief luisterende houding aannemen.

Literatuur

- Beenackers, A.A.J.M. (2002). *Evaluatie Consultatieproject Gooi & Vechtstreek*. Intern rapport RIAGG Gooi- en Vechtstreek.
- Beck, J.S. (2005). *Basisboek. Cognitieve Therapie* (tweede druk) (vertaald door Hans Geluk). Baarn: HB uitgevers.
- Cladder, H. (2000, derde druk). *Oplossingsgerichte korte psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Cox, K., Louw, D. de, Verhoef, J. & Kuiper, C. (2005). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen. Methodiek en implementatie*. Utrecht: Lemma
- McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M. (2002). *Verpleegkundige interventies* (tweede druk) (vertaald door: Seunke, I. van Pinxteren, M. Merkus-Romgens, H. Merkus). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2006). *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering* (derde druk) (vertaald door: L van der Leer). Gorinchem: Ekklesia.
- Rijnders, P., de Jong, Th. de, Isebaert, L., van Tilburg, C. van & Ameele, H. van den (2002). *Kortdurend behandelen in de GGZ. De praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum
- Stoffer, R. (2005). *Het Vijf gesprekken model*. Delft: Eburon
- Zantinge, E., P. Verhaak, J. van den Berg & I. Voordouw (2002). *Tussenrapportage Monitoring Consultatieve Projecten 2002*. Utrecht: Tussen de Lijnen/NIVEL/Trimbos-instituut.