



Beperkt begrepen: Het zelfbeeld in kaart

*Een ontwerponderzoek naar hoe een
communicatieverbetering kan bijdragen aan het in kaart
brengen van het zelfbeeld in de LVB-psychiatrie*



Datum	16 juni 2019
Plaats	Groenlo
Student	Eline te Braake
Studentnummer	564197
Afstudeerbegeleider	José Renkens
Opleiding	Toegepaste Psychologie
Onderwijsinstelling	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Opdrachtgever	Jeanet Nieuwenhuis
Organisatie	VGGNet Warnsveld

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie *Beperkt begrepen: Het zelfbeeld in kaart*. Deze scriptie is tot stand gekomen in het kader van mijn afstudeeropdracht van de opleiding Toegepaste Psychologie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen te Nijmegen.

Via deze weg wil ik graag mijn afstudeerbegeleider José Renkens en mijn afstudeerklas VH07 bedanken. Zij stonden altijd voor mij klaar en hebben hun uiterste best gedaan om mij zo goed mogelijk te begeleiden het afgelopen half jaar. Voor zowel inhoudelijke vragen als privé vragen kon ik bij hen terecht. Ik heb veel effectieve contactmomenten met ze gehad en ik ben ze daar erg dankbaar voor.

Daarnaast wil ik graag de kliniek VGGNet te Warnsveld bedanken. Zij hebben mij met open armen ontvangen en waren vanaf dag één enthousiast over een afstudeerder. Verder hebben zij mij erg geholpen in het vinden van een passend onderzoek. Daarnaast hebben zij mij ook veel van de dagelijkse praktijk laten zien zodat ik ervaring op kon doen voor mijn latere werklevens. Naast dat ik een afstudeerstudent was, hebben zij mij vaak uitgenodigd deel te nemen aan verschillende vergaderingen en overleggen. Dit heeft mij veel bewondering voor het vak en vooral veel bewondering voor de medewerkers binnen de kliniek van VGGNet gebracht. Ik heb hier meer geleerd dan ik durfde te hopen en hier ben ik ze zeer dankbaar voor.

Tot slot wil ik graag mijn vrienden, familie, ouders en vriend bedanken voor de steun die zij mij gaven het afgelopen half jaar. Zij lieten mij geloven in mijzelf en gaven me de motivatie om door te gaan. Dit alles heeft geleid tot een goed einde van mijn scriptie en daarmee mijn opleiding Toegepaste Psychologie.

Ik wens u veel leesplezier.

Eline te Braake

Groenlo, 16 juni 2019

Samenvatting

Dit onderzoek is tot stand gekomen naar aanleiding van de ontwerpvraag van VGGNet Warnsveld naar een communicatieverbetering omtrent de Rosenberg Self-Esteem scale. Deze vragenlijst biedt de mogelijkheid om het zelfbeeld van patiënten in kaart te brengen. Echter, deze vragenlijst sluit niet aan bij de doelgroep van VGGNet en leidt tot miscommunicaties tussen trainer en patiënt. Om de communicatie te bevorderen moeten patiënt en trainer op dezelfde lijn van communicatie zitten. Dit zorgt ervoor dat de patiënt de vragenlijst beter begrijpt, het zelfbeeld adequaat onderzocht kan worden en een vragenlijst die meet wat hij moet meten. Om dit te behalen is de volgende centrale onderzoeksvraag opgesteld *‘Hoe kunnen de trainers van VGGNet Warnsveld de communicatie naar hun patiënten omtrent de Rosenberg Self-Esteem scale van de training ‘Positief zelfbeeld’ verbeteren, zodat de patiënten met een negatief zelfbeeld deze scale beter kunnen begrijpen?’*

Middels een onderzoekscyclus bestaande uit twee onderzoeksfasen is deze vraag onderzocht. Ter beantwoording van deze vraag zijn interviews, een groepsgesprek, een prioritering en een observatie als kwalitatieve onderzoeksmethoden toegepast. De data van deze onderzoeksmethoden is systematisch verzameld en geanalyseerd. Uit de resultaten van dit praktijkonderzoek is gebleken dat voor verbetering van de communicatie zowel de zender als de boodschap van communicatie moet optimaliseren. Naar aanleiding van dit praktijkonderzoek is daarom een handleiding voor trainers tot stand gekomen inclusief een Rosenberg Self-Esteem scale conform het werk- en denkniveau van de doelgroep van VGGNet.

Deze scriptie begint allereerst met een beschrijving van de dagelijkse praktijk, het praktijkprobleem, de doelstelling en de onderzoeksvraag. Daarna wordt de onderzoeksopzet en de methode van onderzoek uitvoerig besproken. Vervolgens worden de resultaten op een overzichtelijke manier gepresenteerd. Een duidelijke conclusie naar aanleiding van het praktijkonderzoek volgt na de resultaten. Tot slot worden de discussie en de aanbevelingen besproken met oog voor de organisatie van VGGNet te Warnsveld.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	5
1.1 VGGNet Warnsveld	5
1.2 Een beperkt behandelaanbod.....	5
1.3 Rosenberg Self-Esteem Scale	6
1.4 Communicatie	7
1.5 Berlo's model of Communication.....	7
1.6 Doelstelling.....	8
1.7 Hoofd- en deelvragen.....	8
2. Onderzoeksopzet	9
3. Onderzoeksmethoden.....	10
3.1 Instrument 1: Thema gecentreerd interview.....	10
3.2 Instrument 2: Groepsdiscussie.....	11
3.2.1 Instrument 3: Prioritering.....	12
3.3 Instrument 4: Niet- participerende gestructureerde observatie	12
4. Resultaten	14
4.1 Deelvraag 1.....	14
4.2 Deelvraag 2.....	15
4.3 Deelvraag 3.....	17
4.4 Deelvraag 4.....	17
5. Conclusie	18
6. Discussie	20
7. Aanbevelingen	21
Literatuurlijst.....	22
Bijlagen	25
Bijlage 1: Toestemmingsformulier	25
Bijlage 2: Interviewguide.....	26
Bijlage 3: Print screen leeg coderingsformat interview	29
Bijlage 4: Draaiboek groepsdiscussie	30
Bijlage 5: Foto post-its.....	31
Bijlage 6: Print screen leeg coderingsformat groepsdiscussie	32
Bijlage 7: Foto prioritering	33
Bijlage 8: Observatieschema	34
Bijlage 9: Versie 1 communicatieverbetering	36

1. Inleiding

1.1 VGGNet Warnsveld

Aan het uiterlijk van een persoon is een licht verstandelijke beperking (LVB) meestal niet te zien. Toch is uit onderzoek geconstateerd dat bij meer dan 60% van de patiënten die voor een psychiatrische aandoening onder behandeling zijn, eveneens sprake is van een verstandelijke beperking (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018). Deze patiënten vereisen specifieke aandacht van het personeel in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) (Nieuwenhuis, Noorthoorn, Nijman, Naarding & Mulder, 2017). Behandelaren herkennen het lage IQ van hun patiënten meestal niet, wat voor nadelige gevolgen zorgt. VGGNet Warnsveld is daarentegen, als onderdeel van GGNet, een expertisecentrum voor patiënten met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek. Zij behandelen personen vanaf 18 jaar met een IQ die tussen de 50 en 85 ligt. Bovendien richten zij zich op LVB-psychiatrische patiënten met de meest complexe problematiek (VGGNet, z.d.).

Behandelaren zijn tijdens behandelingen erachter gekomen dat bij veel van hun patiënten sprake is van een negatief zelfbeeld. Om deze reden maakt VGGNet Warnsveld sinds kort gebruik van de training *Positief zelfbeeld* als nieuwe interventie. Om de effectiviteit van deze training te meten, nemen de trainers de Rosenberg Self-Esteem scale (RSE) af bij hun patiënten. Deze RSE-vragenlijst dient als nulmeting en als eindmeting. Uit de praktijk blijkt dat de doelgroep van VGGNet deze vragenlijst niet begrijpt. Dit heeft als gevolg dat de trainers geen valide en betrouwbare uitspraken kunnen doen over het zelfbeeld van de patiënten en daarmee de effectiviteit van deze nieuwe training niet adequaat kunnen meten.

1.2 Een beperkt behandelaanbod

Vanuit GGNet is gebleken dat nieuwe interventies binnen VGGNet hard nodig zijn. Ondanks de grote groep patiënten is er alsnog een beperkt behandelaanbod en is weinig wetenschappelijk onderzoek verricht (GGNet, 2018). Mede hierdoor zijn effectieve interventies schaars voor deze doelgroep.

Tot op heden is weinig aandacht voor de zwakbegaafdheid binnen de GGZ besteed. Iemand is zwakbegaafd als sprake is van een beperking in zowel het verstandelijke als het adaptieve functioneren (Kaldenbach, 2015). De patiënten zijn zelden herkend als zwakbegaafd en dit heeft veel gevolgen voor de diagnostiek en de behandeling (Wieland, Aldenkamp, & Van den Brink, 2017). De LVB-doelgroep kampt regelmatig met uitsluiting van behandeling binnen de reguliere psychiatrie en bovendien kunnen zij onvoldoende profiteren van geprotocolleerde interventies (GGNet, 2018).

Mede om deze reden heeft VGGNet (2018) de volgende missie geformuleerd:

“Alle psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke beperking moeten de zorg krijgen die zij nodig hebben om een optimale kwaliteit van leven te kunnen bereiken. VGGNet draagt hieraan bij door kennis over deze doelgroep te ontwikkelen, deze toe te passen en te delen binnen Nederland.”

De visie van VGGNet is dat zij zich in de toekomst als superspecialisme en kenniscentrum willen gaan positioneren (VGGNet, 2018).

1.3 Rosenberg Self-esteem scale

De RSE-vragenlijst, die de trainers gebruiken in de training *Positief zelfbeeld*, gebruikt men ook in de originele training van Manja de Neef (2010) en test de zelfwaardering van de patiënt middels tien stellingen die zij kunnen beoordelen op een vierpuntsschaal. Op deze schaal hebben zij de keuze tussen helemaal mee eens, mee eens, mee oneens of helemaal mee oneens. Hoe hoger de totaalscore uitkomt, des te beter het zelfbeeld is. De maximale totaalscore is 30. Een score lager dan 18 wijst op een lage zelfwaardering en een score lager dan 15 wijst op een zeer lage zelfwaardering (De Neef, 2010).

Uit onderzoek van Ciarrochi & Bilich (2016) is gebleken dat deze RSE-vragenlijst concurrente, voorspellende en construct validiteit demonstreert. De huidige vragenlijst is bovendien betrouwbaar gebleken (Ciarrochi & Bilich, 2016). Hoewel deze vragenlijst validiteit en betrouwbaarheid bij verschillende doelgroepen vertoont, blijkt uit vooronderzoek dat deze vragenlijst te moeilijk is voor de doelgroep van VGGNet. De vragen in deze lijst zijn te omslachtig beschreven en een te moeilijk taalgebruik is gehanteerd. Patiënten geven aan dat zij vooral dubbelzinnige vragen niet begrijpen en dat het taalniveau te hoog ligt. Deze vragenlijst heeft geen aandacht voor het lage IQ van de patiënten. Wieland et al. (2017) concluderen dat aandacht voor de impact van het lage IQ op de diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen juist kan bijdragen aan effectievere behandelingen.

Momenteel communiceert de trainer de vragenlijst zoals deze nu is om de betrouwbaarheid in stand te houden. Dit betekent dat de trainer de RSE per vraag voorleest en de patiënt deze moet beoordelen. Daarnaast voorziet de trainer, door gebrek aan structuur en houvast, de patiënt van extra uitleg dat door het referentiekader van de trainer ingevuld is. Door deze vorm van communicatie kunnen de trainers het effect van de training aanvankelijk niet effectief meten. Dit is een probleem aangezien de trainers van VGGNet een betrouwbare meting beogen om de effecten van de training valide en betrouwbaar te evalueren. Daarvoor is een vragenlijst nodig die aansluit bij de doelgroep, meet wat hij moet meten en die zij als interventie kunnen inzetten binnen de organisatie.

1.4 Communicatie

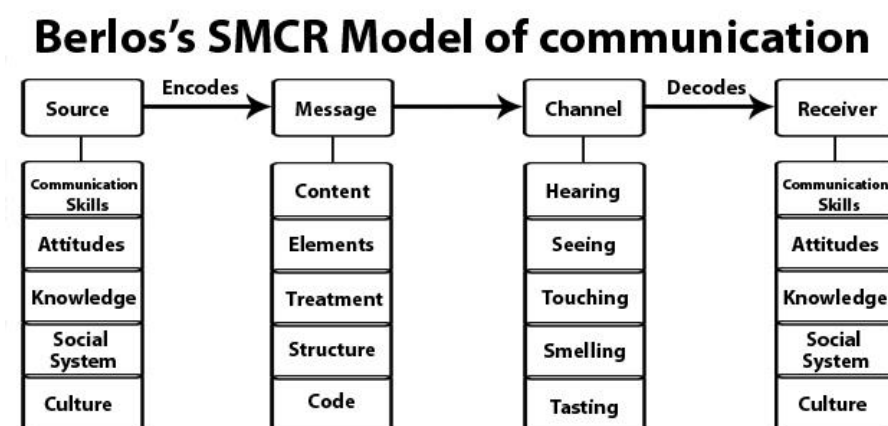
De communicatie met de doelgroep van VGGNet eist echter een andere benadering dan andere doelgroepen. In dit onderzoek is met communicatie de uitwisseling van boodschappen tussen twee of meerdere personen bedoeld (De Beer, 2016). Bij deze doelgroep is over het algemeen te weinig aandacht besteed aan het in beeld brengen van het sterkte- en zwakteprofiel op de verschillende domeinen van het cognitief functioneren (De Wit, Moonen, & Douma, 2012). Dit leidt tot overschatting of onderschatting van de patiënt. In de dagelijkse praktijk leidt deze overschatting naar overvraging in de begeleiding. Dit kan zich uiten in gedragsproblemen (Ramakers & Ponsioen, 2007).

Daarnaast concluderen De Wit et al. (2012) dat bij deze doelgroep een grotere kans op miscommunicatie is, omdat zij vaak een andere betekenis aan woorden geven dan de hulpverlener bedoelt. Dit is terug te zien in de dagelijkse praktijk, waar miscommunicaties zich voortdurend voordoen. Bovendien heeft de doelgroep door de moeilijkheden met de verbale informatieverwerking een beperkte woordenschat (Van der Sleen & Collot d' Escury, 2009; Wise, Sevcik, Ronski & Morris, 2010).

Eveneens lopen denkprocessen door het beperkte werkgeheugen langzamer waardoor de verwerking van informatie langzamer verloopt (Kleinert, Browder & Towles-Reeves, 2009). Verder hebben zij moeite met het gelijktijdig verwerken van zowel verbale als non-verbale informatie (Collot d'Escury, Barnhard & Hartsink, 2004). In de dagelijkse praktijk werken medewerkers daarom sporadisch met pictogrammen. Dit helpt de patiënt op een zekere hoogte, maar regelmatig is de verbale informatie overheersend. Dit zorgt menigmaal voor verwarring bij de patiënten.

1.5. Berlo's SMCR Model of Communication

Om met deze verschillende aspecten van communicatie rekening te houden, is tijdens dit praktijkonderzoek gewerkt met Berlo's SMCR Model of Communication (zie Figuur 1). Dit model is gebruikt omdat het aansluit bij de benadering van de doelgroep van VGGNet. Tevens is onderzoek gedaan naar welke factor of factoren moeten verbeteren zodat effectieve communicatie ontstaat.



Figuur 1, Berlo's SMCR Model of communication (Communication Theory, 2016).

Dit model refereert naar verschillende factoren die van belang zijn in het communicatieproces tussen twee of meerdere personen. Berlo's model bevat vier elementen met elk vijf factoren van communicatie. Het element 'source' eveneens 'sender', is waar de communicatie vandaan komt, in dit geval de trainers. Het element 'message' is de boodschap ofwel de RSE-vragenlijst. Het element 'channel' is het kanaal van communicatie. Het element 'receiver' is de ontvanger van communicatie, in dit geval de patiënten. Onder al deze elementen vallen verschillende factoren zoals zichtbaar in het model. Dit zijn de factoren die een rol spelen in de communicatie (Communication Theory, 2016). Met deze factoren moet de trainer te allen tijde rekening houden. Dit model beoogt dat effectieve communicatie kan plaatsvinden als de sender en de receiver op hetzelfde niveau van communicatie zitten (Communication Theory, 2016).

1.6. Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om de mogelijkheid te vergroten om het zelfbeeld van de patiënten binnen VGGNet in kaart te brengen middels een verbetering in de communicatie van de trainers naar hun patiënten omtrent de Rosenberg Self-Esteem scale. Door deze communicatieverbetering sluit de trainer beter aan bij de patiënt, begrijpt de patiënt de vragenlijst beter en kunnen de trainers het daadwerkelijke effect van de training op het zelfbeeld evalueren. Hierdoor kan VGGNet adequaat concluderen of zij een nieuwe effectieve interventie kunnen toevoegen aan het behandelaanbod van LVB- patiënten binnen de psychiatrie. Daarnaast vindt een ontwikkeling van nieuwe kennis plaats en kan VGGNet deze toepassen. Deze doelstelling heeft oog voor zowel de missie als de visie van VGGNet.

1.7. Hoofd- en deelvragen

Naar aanleiding van de probleemanalyse is de volgende hoofdvraag tot stand gekomen:

'Hoe kunnen de trainers van VGGNet Warnsveld de communicatie naar hun patiënten omtrent de Rosenberg Self-Esteem scale van de training 'Positief zelfbeeld' verbeteren, zodat de patiënten met een negatief zelfbeeld deze scale beter kunnen begrijpen?'

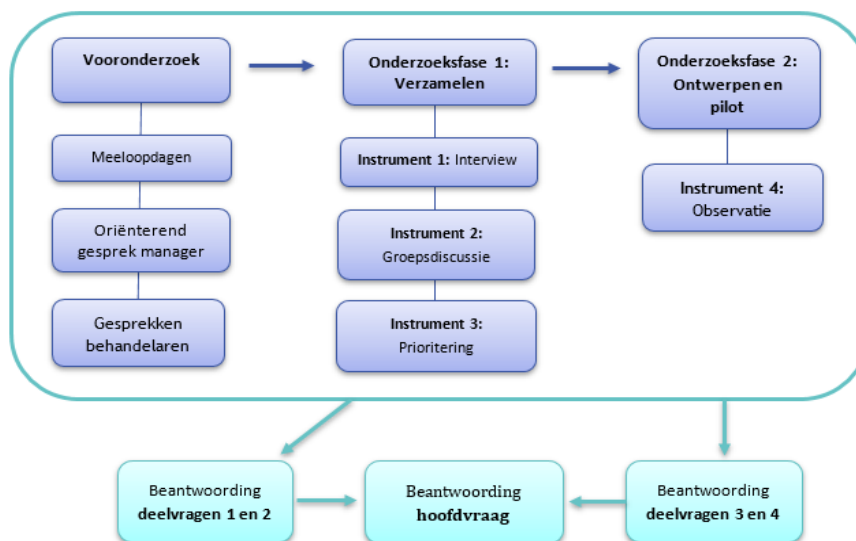
Om de hoofdvraag van dit praktijkonderzoek te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Aan welke ontwerpeisen omtrent inhoud moet de communicatieverbetering van de RSE volgens de trainers voldoen?
2. Aan welke ontwerpeisen omtrent vorm moet de communicatieverbetering van de RSE volgens de trainers voldoen?
3. Welke aanpassingen omtrent inhoud moeten na de pilot van de communicatieverbetering worden gedaan?
4. Welke aanpassingen omtrent vorm moeten na de pilot van de communicatieverbetering worden gedaan?

2. Onderzoeksopzet

Om het vraagstuk vanuit de organisatie het beste te kunnen behandelen, is een kwalitatief ontwerp onderzoek uitgevoerd. Een ontwerp onderzoek richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg- of dienstverlening (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Het onderzoek en de praktijkverbetering vinden gelijktijdig plaats. Om de hoofdvraag te beantwoorden, is tijdens het onderzoek een ontwerpcyclus doorlopen waarbij een innovatie in de praktijk is ontwikkeld, middels een pilot is uitgetest en is geëvalueerd. De ontwerpcyclus die is doorlopen, staat in figuur 2. Kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn tijdens de ontwerpcyclus ingezet om de aard en de betekenis van verschijnselen te achterhalen. Door tijdens het onderzoek te werk te gaan met een gering aantal respondenten kan een kwalitatief onderzoek plaatsvinden.

Tijdens het onderzoek is gestreefd naar resultaatvaliditeit. Dit is gedaan door middel van systematische dataverzameling te zoeken naar een daadwerkelijk bruikbare oplossing van het praktijkprobleem. Door met meerdere onderzoeksinstrumenten naar het probleem te kijken, kan methodische triangulatie tot stand komen (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Om dit te waarborgen zijn in dit onderzoek verschillende onderzoeksinstrumenten ingezet. Hierdoor vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek.



Figuur 2, Ontwerpcyclus

Dit praktijkonderzoek is gericht op de twee trainers van locatie Warnsveld die de training *Positief zelfbeeld* geven aan de deelnemende patiënten binnen VGGNet. De onderzoekspopulatie is representatief voor de praktijk en is heterogeen omdat zij verschillende functies binnen VGGNet vervullen. Zij zijn werkzaam in de functie verpleegkundige en verpleegkundig specialist. Om een diversiteit aan meningen in het onderzoek te verkrijgen is het noodzakelijk om diverse specialisten te gebruiken (Swaen, 2017). Daarnaast hebben de respondenten een toestemmingsformulier getekend (zie Bijlage 1).

3. Onderzoeksmethoden

3.1 Instrument 1: Thema gecentreerd interview

Het eerste gekozen onderzoeksinstrument is een interview. Dit is een middel om veel informatie over een bepaald onderwerp te verkrijgen en middels doorvragen tot diepgang te komen (Van der Zee, 2017). Middels een face-to-face thema gecentreerd interview is onderzocht hoe de communicatieverbetering omtrent vorm en inhoud eruit moet zien, waardoor ontwerpeisen zijn gecreëerd. Het interview is afgenomen bij de twee respondenten en duurde een uur. De respondenten zijn individueel geïnterviewd zodat zij vrijuit konden spreken en niet beïnvloed werden door elkaar.

Een interview is een meetinstrument waarbij vergaring van gegevens op een mondelinge manier verloopt (Brinkman & Oldenhuis, 2014). Het afgenomen interview is thema gecentreerd. Bij een thema gecentreerd interview is het niet van belang in welke volgorde de onderwerpen aan bod komen (Brinkman & Oldenhuis, 2014). Om gestructureerd te werken is een interviewgide opgesteld. Het interview kent de verschillende fasen: het begin, de kern en de afronding (Migchelbrink, 2016). De interviewtopics zijn naar aanleiding van de deelvragen één en twee tot stand gekomen en waren *Vorm*, *Inhoud* en *Communicatie*. Deze topics vormden de kern van het interview en hierin zijn vragen gesteld die relevant zijn in het kader van de beantwoording van de deelvragen één en twee.

Het uitgevoerde interview is een gericht interview. Dit gerichte interview is geleid door de interviewer en had een bepaald doel, namelijk het in kaart brengen van de ontwerpeisen. Tijdens het interview zijn voornamelijk open vragen gesteld. Door open vragen krijgen respondenten de ruimte om een juiste formulering voor hun antwoorden te kiezen (Roos & Vos, 2015). Open vragen zijn eveneens gebruikt om de mening van de geïnterviewde te weten te komen en om de geïnterviewde te stimuleren om actief na te denken over een vraag. Verder is tijdens het interview gebruik gemaakt van de gesprekstechniek LSD (luisteren, samenvatten en doorvragen).

Betrouwbaarheid en validiteit

Ter bevordering van de betrouwbaarheid is een interviewgide gebruikt (zie Bijlage 2). Tevens is het interview in een stille ruimte afgenomen. Hierdoor verhoogt het de zorgvuldigheid en de nauwkeurigheid van het onderzoek (Migchelbrink, 2016). Om de validiteit tijdens het interview te bevorderen is een geluidsopname van het interview gemaakt. Vervolgens is het interview getranscribeerd zodat geen informatie verloren gaat. De transcripten zijn naderhand gereflecteerd met de respondenten. Met deze membercheck is de inhoud gecontroleerd door de onderzochte persoon. Daarnaast zijn de vragen in de interviewgide voorafgaand aan het interview doorgenomen met een mede-onderzoeker. Een peer-check zorgt voor een inhoudelijke controle (Migchelbrink, 2016). Dit vergroot de validiteit van het onderzoek.

Data-analyse

De data uit de interviews zijn verzameld en middels een coderingstabel geanalyseerd in Excel (zie Bijlage 3). Dit is op een deductieve codeer methode gedaan. De deductieve codeer methode is een methode waarbij categorieën vooropgesteld zijn (Tubbing, 2014). De categorieën die voor de dataverzameling waren opgesteld zijn geanalyseerd. Deze categorieën waren: *Vorm*, *Inhoud* en *Communicatie*. Voorafgaand aan het labelproces is de verkregen data uitvoerig nagegaan. De uitgeschreven tekst is allereerst geordend en opgedeeld in fragmenten. Irrelevante data is verwijderd voor verdere analyse. De relevante fragmenten uit het interview die betrekking hadden op de ontwerpeisen zijn opgezocht. Vervolgens is door thematische codering per relevant fragment expliciet aangegeven onder welke categorie het fragment viel. Herhaling van data werd gezien als een versterking in de variaties van een categorie. Dit resulteerde in ontwerpeisen die per vorm en inhoud zijn opgesteld.

3.2 Instrument 2: Groepsdiscussie

De output van de interviews is gebruikt om de groepsdiscussie vorm te geven. De ontwerpeisen die in de interviews tot stand zijn gekomen, zijn middels een groepsdiscussie met de twee zelfde respondenten als het interview besproken. Deze groepsdiscussie heeft 65 minuten geduurd. Voorafgaand aan de groepsdiscussie, is een draaiboek opgesteld (zie Bijlage 4). De onderwerpen van dit draaiboek waren *Discussie*, *Post-its* en *Prioritering*. De gespreksleider heeft ervoor gezorgd dat de discussie gaande is gehouden en dat de discussie tussen de respondenten is bevorderd. De ervaringen, meningen en kennis van de respondenten staan tijdens deze groepsdiscussie centraal (Brinkman & Oldenhuis, 2014).

Het tweede uitgekozen onderzoeksinstrument is een groepsdiscussie. Een groepsdiscussie is een methode om te achterhalen wat de behoeften voor innovatie zijn (CMD methods, z.d.). Met deze groepsdiscussie zijn meningen en ervaringen verzameld. Deze zijn expliciet besproken. Tegenstrijdigheden in de antwoorden van de respondenten zijn opgehelderd en definitieve ontwerpeisen zijn opgesteld. Dit is gedaan door de ontwerpeisen op te splitsen in vorm en inhoud. Om duidelijkheid voor de respondenten te creëren, zijn deze apart van elkaar en in een andere kleur op een post-it geschreven. De definitieve ontwerpeisen omtrent vorm zijn op gele post-its geschreven en de definitieve ontwerpeisen omtrent inhoud zijn op een roze post-it geschreven (zie Bijlage 5). Deze post-its zijn later tijdens dezelfde groepsdiscussie geprioriteerd door de trainers (zie paragraaf 3.2.1)

Data-analyse

Van de groepsdiscussie is een geluidsopname gemaakt. De relevante opmerkingen omtrent de discussie zijn middels thematische codering via een coderingstabel in Excel gezet (zie Bijlage 6). De categorieën waarmee gewerkt is waren *Vorm*, *Inhoud*, *Communicatie* en *Definitieve ontwerpeis*. In de discussie zijn definitieve ontwerpeisen naar voren gekomen. Deze zijn opgedeeld in de thema's *Vorm* en *Inhoud* en zijn uiteindelijk opgeschreven op post-its. Deze zijn op een bord geplakt en als uitgangspunt genomen voor de communicatieverbetering.

3.2.1 Instrument 3: Prioritering

Tijdens de groepsdiscussie is tevens een ander instrument gebruikt, namelijk: de prioritering. De respondenten hebben samen een prioritering aangebracht in de definitieve ontwerpeisen. Dit is gebruikt als onderzoeksmethode om vast te stellen welke ontwerpeisen prioriteit hebben. Deze prioritering konden de respondenten aangeven middels een prioriteringstechniek. Dit is een techniek waarbij het maken van een onderverdeling in groepen centraal staat (De Swart, 2017). De respondenten konden de ontwerpeisen onderverdelen middels de cijfers 1 tot en met 5. Hierin was 1 een zeer hoge prioriteit en 5 een zeer lage prioriteit. De respondenten hebben tot slot gediscussieerd over welke ontwerpeisen zij een hoge prioriteit geven en welke zij een lage prioriteit geven.

Data-analyse

De definitieve ontwerpeisen die op de post-its waren geplakt, zijn door de trainers geprioriteerd met prioriteringsstickers van 1 tot en met 5. Deze prioritering is de leidraad geweest in het ontwikkelen van de interventie (zie Bijlage 7). Aan de hoogste prioritering werd de meeste aandacht gegeven tijdens de conceptversie.

Betrouwbaarheid en validiteit

Ter bevordering van de betrouwbaarheid is een draaiboek gebruikt voor de groepsdiscussie. Hierdoor vergroot het de nauwkeurigheid en de zorgvuldigheid van het onderzoek (Migchelbrink, 2016). Daarnaast is ter bevordering van de validiteit een geluidsopname gemaakt en hebben geen onderbrekingen plaatsgevonden. Tevens zijn foto's gemaakt van de post-its en de prioritering zodat geen informatie verloren gaat.

3.3 Instrument 4: Niet- participerende gestructureerde observatie

Problemen in het design zijn middels een niet- participerende gestructureerde observatie gedetecteerd. Problemen in het design moeten gecorrigeerd zijn voor de implementatie (CMD methods, z.d.). De observatie is driemaal uitgevoerd bij verschillende patiënten van VGGNet met dezelfde respondent. De observatie heeft 30 minuten geduurd.

Als laatste instrument is een niet- participerende gestructureerde observatie gekozen. De observator maakt geen deel uit van de sociale setting binnen de bestudering van het gedrag (Dingemanse, 2016). De observator kan van een afstand observeren waardoor de observatorrol is verhuld (De Bil, 2014). Bovendien is een observatie de aangewezen dataverzamelingstechniek om handelingen en menselijke gedragingen te onderzoeken (Migchelbrink, 2016).

Daarnaast is de observatie gestructureerd, aangezien gewerkt is met een observatieschema (zie Bijlage 8). Een observatiedoel, observatievragen en de manier van observeren moeten voorafgaand van de observatie zijn bepaald (De Bil, 2014). In dit observatieschema staan de gedragingen en handelingen die geobserveerd zijn bij de respondent. De definitieve ontwerpeisen die tot stand zijn gekomen in onderzoeksfase 1, zijn uitsluitend het uitgangspunt geweest voor de observatievragen in

het observatieschema. Het vastleggen van waarnemingen gebeurt tijdens de observatieperiode (Migchelbrink, 2016). De gedragingen of handelingen die zich voordeden, zijn geregistreerd in het schema door deze aan te kruisen. Het tijdstip waarop is waargenomen, moet tevens geregistreerd zijn (Profi-leren, z.d.).

Betrouwbaarheid en validiteit

Om de betrouwbaarheid van de observatie te vergroten, heeft de observator geen invloed op de situatie uitgeoefend. Verder is de observatie driemaal uitgevoerd om een intra-observatiebetrouwbaarheid te behalen. Om een intra-observatiebetrouwbaarheid te behalen moet de mate van overeenkomst tussen de observaties en dezelfde observator bekeken zijn (De Bil, 2014). De validiteit van de observatie is verhoogd door voorafgaand aan de observatie een observatieschema op te stellen met de te observeren gedragingen en handelingen volgens de ontwerpeisen van het onderzoek. Verder is door het observatieschema de objectiviteit vergroot.

Data-analyse

De analyse begint tijdens de observatie via de beschrijving van de observaties (Migchelbrink, 2016). Zowel tijdens de observatie als na de observatie is specifiek gericht geanalyseerd door de observatievragen in het observatieschema te controleren. Hierbij is het van belang om te analyseren of het ontwerp voldoet aan de ontwerpeisen (Van der Donk & Van Lanen, 2015). De juiste gedragingen zijn geturfd. Gedragingen en handelingen die niet voldeden aan de ontwerpeisen zijn opgeschreven. Tevens zijn de niet geobserveerde gedragingen en handelingen die wel in het schema stonden vernoemd, en van degelijk belang zijn tijdens de uitvoering, genoteerd.

4. Resultaten

4.1 Deelvraag 1

Taalgebruik en begrip

Respondent 1 geeft aan dat de communicatie misgaat door de vragenlijst die te hoog is gegrepen voor de doelgroep. Beide respondenten zijn het eens met een vereenvoudiging van het taalgebruik. De zinnen in de vragenlijst zijn momenteel te moeilijk geformuleerd. *“We moeten voorkomen dat patiënten afhaken. Als het ingewikkeld is, ervaren zij enorme schaamte, hierdoor kan het zijn dat zij sociaal wenselijk antwoorden of zomaar iets zeggen. Wat we willen is dat de patiënt de vraag begrijpt waardoor zij gemotiveerd raken om de vragenlijst in te vullen”*. Respondent 2 geeft aan dat vooral de aandacht moet liggen bij het motiveren van de patiënt en het zorgen voor begrip. *“Qua begrip zouden zij succeservaringen op moeten doen aangezien de vragenlijst moeilijk genoeg is”*. Beide respondenten zijn het eens dat het taalgebruik makkelijk, kort en duidelijk moet. Daarnaast willen de respondenten dat de patiënten het vertrouwen krijgen dat ze in staat zijn om de vragenlijst adequaat in te vullen.

Antwoordmogelijkheden

De antwoordmogelijkheden vindt respondent 2 niet veelzeggend. Hij geeft aan dat het handiger is om met cijfers of smileys te werken zodat het begrijpelijker en inzichtelijker is voor de doelgroep. Beide respondenten zijn van mening dat ze de antwoordmogelijkheden in smileys willen zien en ter ondersteuning pictogrammen willen gebruiken.

Rol van de trainer

Beide respondenten geven aan dat de trainer een ondersteunende rol moet hebben tijdens de communicatie. Hierbij geeft respondent 1 aan: *“De leiding moet bij de patiënt liggen, ze moeten zelf de pen vasthouden en zelf de vragen invullen. De trainer moet voornamelijk zorgen voor het proces en de ondersteuning”*. Verder geeft respondent 2 aan dat de trainer moet letten op het tempo van de patiënt en helpen met het voorlezen van de vragen. Hierbij moet de trainer geen eigen invulling geven. *“Nu vullen wij de vragenlijst automatisch gedeeltelijk in aangezien de patiënten de vragen niet snappen en wij met voorbeelden of uitleg komen”*. Dit heeft volgens de respondenten als gevolg dat de vragenlijst niet betrouwbaar is en de patiënten meepraten met de trainer. Zij vinden dat hierdoor onbewust een beïnvloeding in het antwoord van de patiënt plaatsvindt. Tevens vindt respondent 1 dat iedereen een andere uitleg gebruikt waardoor de betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst geschaad is. Dit is waar de behoefte van de respondenten juist niet ligt. Beide respondenten zijn het eens dat iedereen dezelfde uitleg moet gebruiken zodat geen beïnvloeding plaatsvindt.

Inhoud

De respondenten geven aan dat de thema's die voornamelijk terug moeten komen, de vragen zijn van de RSE-vragenlijst aangezien dat de meting is waarin ze geïnteresseerd zijn.

Controlevragen

De vragenlijst bevat omgekeerde vragen die de patiënten enkel in de war brengt. Respondent 1 geeft aan dat ze een controle wil behouden. Respondent 2 geeft juist aan dat hij omgekeerde vragen het liefst weg laat. Dit zorgt namelijk voor misleiding van de patiënt. Respondent 1: *"Ik blijf bij mijn mening, ik vind dat je de validiteit in de gaten moet houden. Die vragen moeten simpeler zodat het controleaspect in de vragenlijst blijft"*. Respondent 2 is het hiermee eens.

4.2 Deelvraag 2

Kleurgebruik

Beide respondenten geven aan dat zij graag een verbetering in de RSE-vragenlijst zien zodat patiënten deze beter kunnen begrijpen, waardoor de communicatie beter verloopt. Hierbij geven beide respondenten aan dat zij kleur zouden gebruiken in de vragenlijst aangezien kleur, volgens hen, vaker wat meer doet met de patiënten. Ze willen pictogrammen gebruiken in kleur.

Overbodige tekst

Daarnaast geven de respondenten aan dat de vragenlijst irrelevante en overbodige informatie voor de patiënten bevat. *"De hele intro moet weg, dit zijn opnieuw moeilijke woorden die zij niet snappen. Het is goed dat wij dit weten, maar dat heeft geen meerwaarde voor de patiënten. Het enige wat ik wil behouden is de beginscore en de eindscore"*. Respondent 2 geeft aan om alle tekst weg te laten inclusief de scores die uit de vragenlijst komen. Uiteindelijk zijn beide respondenten het eens om de overbodige tekst weg te laten maar wel de begin- en de eindscore te laten staan.

Wijze van afname

Respondent 1 geeft aan dat ze de voormeting individueel wilt doen. De nameting doet ze momenteel in groepsverband. Respondent 2 geeft hierop aan dat hij geen voorstander is van een groepsgewijze nameting: *"Ik zou graag een individuele afname willen bij beide metingen. A, omdat het persoonlijker is en B, omdat onze patiënten elkaar napraten in een groep"*. Respondent 1 is het hier mee eens.

Respondent 1 geeft aan dat ze de vragenlijst zowel digitaal als op papier wilt hebben zodat trainers dit bij de ROM-formulieren kunnen toevoegen. Ze geeft aan het fijn te vinden dat het in het digitale dossier zit. *"Ik zou erg graag willen dat patiënten zelf het antwoord kunnen geven. Sommige patiënten kunnen dit niet digitaal en dan is het fijn dat je diegene een afdruk kunt geven van het formulier"*. Beide respondenten zijn het hier mee eens.

Communicatieve toevoeging

Over de mogelijkheid van een communicatieve toevoeging omtrent de vragenlijst, geeft respondent 1 aan dat een uitgebreide versie kan komen van de vragenlijst met voorbeeld vragen. Respondent 2 is het hier niet mee eens: *“Ik denk dat een uitgebreide versie voor patiënten wel afschrikt. Het lijkt dan gelijk als veel werk”*. Uiteindelijk komen beide respondenten met het idee om voor de trainers een lijst te maken met extra uitleg. De trainers kunnen deze gebruiken op het moment dat de patiënt de vraag niet begrijpt zodat iedereen hetzelfde uitlegt. Bovendien geven zij aan dat ze graag iets willen waarop zij terug kunnen kijken en waarmee zij houvast krijgen.

Prioritering

Tot slot hebben de respondenten een prioritering aangebracht (zie Figuur 3). Hierbij hebben zij bij de inhoud twee ontwerpeisen op nummer vier gezet aangezien zij die beide even belangrijk vinden. Verder hebben zij een vrijwel directe consensus bereikt. Zij vinden dat bij vorm het gebruik van kleur een zeer hoge prioriteit heeft, en bij inhoud eenvoudiger taalgebruik een zeer hoge prioriteit heeft.

Uit het interview, de groepsdiscussie en de prioritering zijn de volgende definitieve ontwerpeisen omtrent vorm en inhoud tot stand gekomen:

Definitieve ontwerpeisen	
Vorm	Inhoud
1. Kleur gebruiken	1. Eenvoudiger taalgebruik
2. Overbodige tekst weglaten	2. Pictogrammen gebruiken
3. Individuele metingen	3. Controle-vragen invoegen
4. Hulplijst, houvast en structuur voor de trainers	4. Inhoudelijk de RSE-vragen
5. Zowel digitaal als op papier	4. Geen sturing, hulp bij tempo en proces, patiënten vertrouwen geven, motiveren en ondersteunen van de succeservaring

Figuur 3, Definitieve ontwerpeisen

Naar aanleiding van de resultaten uit fase één is een eerste interventie ontwikkeld (zie Bijlage 9). Deze is middels een pilot uitgetest. Voor de beantwoording van de deelvragen drie en vier in fase twee, is tijdens de pilot een niet-participerende gestructureerde observatie uitgevoerd.

4.3 Deelvraag 3

Uit de observatie komt naar voren dat in handleiding niet expliciet beschreven staat hoe de introductie van de vragenlijst vorm moet krijgen. In alle drie de observaties is geobserveerd dat de respondent hier niet voldoende bij stil staat en niet genoeg aandacht besteedt aan de succeservaring bij het opschrijven van de naam, de datum en het introduceren van de betekenis van de vragenlijst.

Daarnaast is geobserveerd dat omgekeerde vragen lastig blijven voor de patiënten. Zij moeten hier lang over na denken en stellen hierbij veel vragen. Echter, uit de controle vragen blijkt dat de patiënten deze vragen wel begrijpen en de controle doorstaan. De normering van deze vragen staan in de eerste versie foutief beschreven waardoor de patiënten meer punten krijgen dan de bedoeling is. Daarnaast is het taalgebruik passend bij de patiënt. De respondent houdt het tempo en het proces van de patiënt goed in de gaten en zorgt ervoor dat de patiënt de pen zelf vastheeft.

Daarentegen is niet geobserveerd dat de respondent empathie toonde naar de patiënten. Dit is niet getoond door de respondent tijdens het afnemen van de vragenlijst. Het verhogen van de eigen-effectiviteit van de patiënt door de respondent is tevens niet tot weinig geobserveerd. De respondent geeft daarentegen wel vluchtig complimenten aan de patiënt. Deze zijn op het verkeerde moment en met de verkeerde reden ingezet. Het beoogde effect hiervan is dat de patiënt deze niet opmerkt. Hier is te weinig bij stil gestaan door de respondent. Het belang van het hanteren van deze handelingen zijn onopgemerkt gebleven door de respondent. Hierbij geeft de respondent aan dat in de handleiding meer aandacht moet zijn voor het concreet hanteren van de empathische stijl, het vergroten van de eigen-effectiviteit en het ondersteunen van het vertrouwen van de patiënt.

4.4 Deelvraag 4

Geobserveerd is dat de structuur overzichtelijk is voor de patiënt waardoor zij op een goede manier de vragenlijst doorlopen. Zij zijn niet afgeleid door stukken overbodige tekst. De hulplijst is tijdens het afnemen van de vragenlijst bij drie verschillende patiënten totaal negen keer gebruikt. De patiënt haalt veel rendement uit de extra uitleg en de respondent maakt op een goede manier gebruik van de hulplijst. De vragen 7, 8 en 12 uit de hulplijst is door één patiënt niet goed begrepen.

Daarnaast is geobserveerd dat het gebruik van de pictogrammen als antwoordmogelijkheden goede toevoegingen zijn voor het begrip van de patiënt. Geen één keer is geobserveerd dat onduidelijkheid over de antwoordmogelijkheden ontstond. De respondent heeft daarentegen het pictogram van de thermometer niet uitgelegd. Dit heeft geleid tot onduidelijkheid bij de patiënt omtrent de totaalscore aan het einde van de vragenlijst. Geobserveerd is dat het invullen van deze thermometer, zonder uitleg van de respondent, niet op een adequate manier gebeurt. Bovendien is de afname zowel schriftelijk als individueel gedaan.

5. Conclusie

Om de hoofdvraag: *‘Hoe kunnen de trainers van VGGNet Warnsveld de communicatie naar hun patiënten omtrent de Rosenberg Self-Esteem scale van de training ‘Positief zelfbeeld’ verbeteren, zodat de patiënten met een negatief zelfbeeld deze scale beter kunnen begrijpen’* te beantwoorden, zijn de resultaten gekoppeld aan Berlo’s model of communication.

Zender

Uit het praktijkonderzoek komt naar voren dat het element ‘zender’ een grote rol speelt in het zorgen voor een geslaagde communicatie omtrent de RSE-vragenlijst. De communicatieve vaardigheden van de zender moeten daarom uitbreiden. Dit houdt in dat de trainers meer kennis en vaardigheden moeten vergaren zodat zij handvaten krijgen in het effectief communiceren van de vragenlijst naar de doelgroep.

De trainer moet zorgen dat enerzijds de sturing bij de patiënt ligt en moet anderzijds het proces bewaken door het tempo te bepalen en te helpen met het voorlezen van de tekst. Bovendien moet de zender de patiënt motiveren om de vragenlijst zo goed mogelijk in te vullen en kleine succeservaringen van de patiënt bespreekbaar kunnen maken. Daarnaast is het belangrijk dat de trainer het vertrouwen geeft aan de patiënten dat ze in staat zijn om de vragenlijst adequaat in te vullen. De houding van de trainers ten opzichte van het onderwerp moet een aanpassing doorstaan. Dit betekent dat geen ruimte is voor persoonlijke inbreng bij de vragenlijst. De trainer kan een bijdrage leveren middels de vooropgestelde hulplijst. Hierdoor legt iedere zender hetzelfde uit en heeft iedere zender hetzelfde effect op de patiënt. Dit vervult de behoefte van de praktijk waarbij de betrouwbaarheid van de RSE-vragenlijst zo goed mogelijk in stand blijft. Bovendien moet de zender aandacht hebben voor het lage IQ van de patiënt. Dit draagt bij aan de effectiviteit van de behandeling (Wieland et al., 2017).

Message

Daarnaast komt uit het praktijkonderzoek naar voren dat voor een communicatieverbetering, het element ‘bericht’ van communicatie een aanpassing moet doorstaan. Hierbij moet de inhoud van het bericht, de vragen van de RSE, gehandhaafd zijn.

LVB-patiënten hebben een beperkte woordenschat door moeilijkheden met de verbale informatieverwerking (Van der Sleen et al., 2009). Om de vragenlijst beter aan te laten sluiten, zou de factor inhoud moeten conformeren aan de woordenschat van de doelgroep van VGGNet. Tevens is het cruciaal dat er een toevoeging komt van elementen. Dit betekent dat tekens, zoals pictogrammen, die bepaalde tekstdelen vervangen in het bericht komen. Het gelijktijdig verwerken van verbale en non-verbale informatie kost veel moeite bij LVB-patiënten (Collot d’Escury et al., 2004). De behandeling van het bericht moet zijn dat patiënten het zowel digitaal als op papier

kunnen invullen. De structuur van het bericht blijft grotendeels hetzelfde. Dit neemt niet weg dat het elimineren van overbodige taal cruciaal is, aangezien dit voor verwarring zorgt bij patiënten.

Conclusie uit dit praktijkonderzoek is dat de trainers de communicatie naar hun patiënten omtrent de RSE-vragenlijst kunnen verbeteren door de kennis en communicatieve vaardigheden die hierbij van belang zijn te verhogen. Daarnaast moet de boodschap van communicatie een verbetering doorstaan. Dit is gedaan middels een aanpassing van de RSE-vragenlijst op het niveau van de doelgroep van VGGNet. Daarnaast is een handleiding voor trainers ontwikkeld. Deze handleiding biedt de houvast en structuur die momenteel ontbreekt. In deze handleiding staan onder andere de communicatieve vaardigheden beschreven, de houding die zij moeten aannemen en een hulplijst die zij kunnen gebruiken mits de patiënt extra ondersteuning nodig heeft. Deze hulplijst zorgt ervoor dat de betrouwbaarheid van de vragenlijst zo goed mogelijk in stand blijft. De handleiding en de aangepaste RSE-vragenlijst zorgen ervoor dat de communicatie van de trainers naar hun patiënten verbetert zodat de patiënten met een negatief zelfbeeld deze vragenlijst beter kunnen begrijpen.

6. Discussie

In dit praktijkonderzoek is de pilot uitgevoerd door dezelfde respondent. Dit kan de representativiteit en de betrouwbaarheid schaden. Om dit zoveel mogelijk te voorkomen, is de vragenlijst bij meerdere patiënten uitgevoerd waardoor een intra-beoordelaarsbetrouwbaarheid tot stand kan komen.

Tijdens dit onderzoek is systematisch, zorgvuldig en gestructureerd te werk gegaan waardoor de validiteit van het onderzoek is gewaarborgd. Door de dagelijkse praktijk continue te betrekken in het oplossen van het praktijkprobleem, is het onderzoek representatief en is een resultaatvaliditeit mogelijk gemaakt.

Tijdens dit praktijkonderzoek is Berlo's model of communication gebruikt. De beantwoording van de hoofdvraag is gebaseerd op de zender en de boodschap van communicatie die dit model aanhaalt. Echter, meerdere modellen van communicatie zijn ontwikkeld die misschien andere uitkomsten kunnen geven dan de uitkomsten van dit praktijkonderzoek. Daarnaast is het gezien tijdsgebrek niet gelukt om de vragenlijst digitaal vorm te geven. Deze ontwerpeis had de allerlaagste prioriteit bij de trainers. Aangezien de doelgroep waarbij de pilot is uitgevoerd de papieren versie prefereerden, is hier nog geen aandacht op gevestigd. Voor de patiënten die in de toekomst de vragenlijst digitaal prioriteren, is het raadzaam om deze RSE-vragenlijst te digitaliseren.

Na het ontwerpen van de handleiding en het verbeteren van de RSE- vragenlijst, kunnen de trainers adequaat onderzoeken of de training die zij gebruiken daadwerkelijk aansluit bij de patiënten van VGGNet zodat zij de doelstelling van dit onderzoek behalen. Mocht dit niet het geval zijn, dan is het raadzaam om onderzoek te doen naar aanpassingen in de training *Positief zelfbeeld* die betrekking hebben op zowel het werk- als denkniveau van de patiënt.

Om bij te dragen aan de visie van VGGNet, kunnen zij de kennis die ontwikkeld is in de toekomst delen met het Landelijk Kenniscentrum LVB (LKC). Dit kenniscentrum heeft diverse senior onderzoekers in huis die adequaat vervolgonderzoek binnen Nederland kunnen uitvoeren. Op deze manier kunnen zij de vragenlijst verspreiden over zorginstanties binnen Nederland. Hierdoor kunnen meerdere instellingen profiteren van een inzicht in het zelfbeeld van hun patiënten. Dit is passend bij de missie en visie van VGGNet waarin zij zich als kennis- en ontwikkelcentrum willen positioneren.

7. Aanbevelingen

De trainers van VGGNet moeten allereerst de handleiding van de RSE-vragenlijst inclusief de RSE-vragenlijst uitvoeren conform de aanpassingen die na de pilot gedaan zijn. Volgens de ontwerpcyclus is de volgende stap na de pilot: het aangepaste ontwerp opnieuw uittesten (Van der Donk & Van Lanen, 2015).

Voor het uitvoeren van de vragenlijst is het van belang dat competente medewerkers betrokken zijn. De competenties die nodig zijn, kunnen verbeteren door de medewerkers van VGGNet een training aan te bieden. Een training is namelijk een manier om nieuwe vaardigheden te verkrijgen (Kaufman & Ploegmakers, 2012). In deze training kunnen zij de handleiding uitvoerig behandelen en oefenen met de vaardigheden die hierbij nodig zijn. Deze training voegt extra diepgang aan de handleiding toe. Door een rollenspel toe te voegen die de praktijksituatie nabootst, kan een vertaalslag naar de eigen praktijk plaatst vinden (Kaufman & Ploegmakers, 2012). Door competenties te verhogen, kan VGGNet organisatie breed testen of een negatief zelfbeeld heerst bij hun patiënten.

Om zeker te zijn dat de doelgroep van VGGNet de vragenlijst begrijpt, moeten de trainers de afname van de vragenlijst bij dezelfde patiënten na enige periode opnieuw doen. Op deze manier kan VGGNet nagaan of een test-her-test betrouwbaarheid in de vragenlijst zit. Deze methode is namelijk geschikt als je niet verwacht dat de gewilde informatie verandert (Babbie, 2014). De trainers moeten de uitkomst van deze nieuwe afname vergelijken met de uitkomst van de pilot. Als de gewilde informatie niet verandert, moeten dezelfde uitslagen te verwachten zijn (Babbie, 2014). Als de score hetzelfde is, kan VGGNet een test-her-test betrouwbaarheid vaststellen. Een aandachtspunt voor deze methode is dat de patiënten in de tussentijd geen training of behandeling moeten ondergaan omtrent het verbeteren van het zelfbeeld.

Literatuurlijst

- Babbie, E. (2014). *The practice of social research* (14e ed.). Boston, USA: Cengage Learning.
- Brinkman, J., & Oldenhuis, H. (2014). *Beroep op onderzoek* (2e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.
- Ciarrochi, J., & Bilich, L. (2016, 4 september). Acceptance and Commitment therapy [Artikel]. Geraadpleegd op 16 februari 2019, van http://ueb.ro/psihologie/docs/Psihologie_pozitiva_teste_si_scale.pdf#page=61
- CMD methods. (z.d.-b). Focus group. Geraadpleegd op 5 maart 2019, van <http://cmdmethods.nl/cards/field/focus-group>
- Collot d'Escury, A. M., Barnhard, S., & Hartsink, D. (2004). Sociale vaardigheden in perspectief: Kunnen LVG-deelnemers perspectiefnemen? *Onderzoek & Praktijk*, 1, 22-31.
- Communication Theory. (2016). Berlo's SMCR Model of communication. Geraadpleegd op 16 februari 2019, van <https://www.communicationtheory.org/berlos-smcr-model-of-communication/>
- De Beer, Y. (2016). *Kompas licht verstandelijke beperking*. Amsterdam, Nederland: SWP.
- De Bil, P. (2014). *Observeren, registreren, rapporteren en interpreteren*. Amsterdam, Nederland: Boom Nelissen.
- De Neef, M. (2010). *Negatief zelfbeeld*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- De Swart, N. (2017). *Handboek Requirements: Leidraad voor analisten in agile, traditionele en hybride omgevingen*. Delft, Nederland: Eburon Business.
- De Wit, M., X. Moonen & J. Douma (2012), *Richtlijn Effectieve Interventies LVB. Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Dingemanse, K. (2016, 6 april). Observatie in je scriptie – wanneer kun je het gebruiken? Geraadpleegd op 18 april 2019, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/observatie-je-scriptie/>

- GGnet. (2018, 18 juni). Nieuwe evidence based interventie voor mensen met LVB en psychiatrische klachten. Geraadpleegd op 16 februari 2019, van <https://ggnet.nl/nieuws/nieuwe-evidence-based-interventie-voor-mensen-met-lvb-en-psychiatrische-klachten>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2018). *Rapport van het inspectiebezoek aan VGGNet in Warnsveld op 14 mei 2018*. Geraadpleegd van <https://www.toezichtdocumenten.igj.nl/document.aspx?doc=VGGNet+te+Warnsveld+mei+2018&docid=14556>
- Kaldenbach, Y. (2015, 30 juni). De verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis) in de DSM-5. Geraadpleegd op 1 juni 2019, van https://www.boompsychologie.nl/media/15/dsm-5_whitepaper_yaron_kaldenbach_verstandelijke_beperking.pdf
- Kaufman, L., & Ploegmakers, J. H. A. (2012b). *Het geheim van de trainer: de hoofdingrediënten van succesvolle (in-company) trainingen*. Nederland, Amsterdam: Pearson Benelux B.V..
- Kleinert, H.L., Browder, M.D., & Towles-Reeves, E.A. (2009). Models of cognition for students with significant cognitive disabilities: Implications for assessment. *Review of Educational research*, 79, 301-326.
- Migchelbrink, F. (2016). *De kern van participatief actieonderzoek*. Amsterdam, Nederland: SWP.
- Nieuwenhuis, J. G., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L. I., Naarding, P., & Mulder, C. L. (2017b, 2 februari). A Blind Spot? Screening for Mild Intellectual Disability and Borderline Intellectual Functioning in Admitted Psychiatric Patients: Prevalence and Associations with Coercive Measures. Geraadpleegd op 1 juni 2019, van <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0168847>
- Profi-leren. (z.d.). Het observatieplan. Geraadpleegd op 17 mei 2019, van http://www.profi-leren.nl/images/documenten/saw_dc23.pdf
- Ramakers G.J.A., & Ponsioen A. J. B. (2007). Neuropsychologische kenmerken van kinderen en adolescenten met een (lichte) verstandelijke beperking: Profielen in relatie tot etiologie. *Kind en adolescent*, 28, 119-134.
- Roos, E., & Vos, P. (2015). Onderzoeksmethoden (vervolg) najaar 2015. Interviewen. Geraadpleegd op 20 april 2019, van [http://cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20\(2005\)/om2_files/syllabus/interviewen.pdf](http://cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/interviewen.pdf)

- Sleen, J. van der & Collot d'Escury, A. (2009). Verhoor van mensen met een verstandelijke beperking: Een zaak van de politie. *Onderzoek & Praktijk*, 7(2), 35-37.
- Smedts, C. (2018, 20 augustus). De vier valkuilen van communicatie [Illustratie]. Geraadpleegd op 5 mei 2019, van <https://qlick.today/vier-valkuilen-communicatie/>
- Swaen, B. (2017, 2 mei). Focusgroep – wat is het precies? Geraadpleegd op 20 april 2019, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/focusgroep/>
- Tubbing, H. (2014, 16 september). Kwalitatieve data-analyse. Geraadpleegd op 18 april 2019, van <https://deafstudeerconsultant.nl/afstudeertips/onderzoeksmethoden/kwalitatieve-data-analyse/>
- Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum, Nederland: Coutinho.
- Van der Zee, F. (2017). Interview en interviewtechnieken. Geraadpleegd op 20 april 2019, van <https://hulpbijonderzoek.nl/online-woordenboek/interview/>
- VGGNet. (2018). *Stip op de horizon van VGGNet*. Warnsveld, Nederland: VGGNet.
- Wieland, J., Aldenkamp, E., & Van den Brink, A. (2017). *Behandeling Van Patiënten Met Een Laag IQ in de Ggz: Beperkt Begrepen*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wise, J.C., Sevcik, R. A., Ronski, M., & Morris, R.D. (2010). The relationship between phonological skills and word and nonword identification performance in children with mild intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1170-1175.

Toestemming deelname onderzoek communicatieverbetering van de RSE-vragenlijst

Ik geef toestemming voor deelname aan het onderzoek

- Ik kies er zelf voor om mee te doen met dit onderzoek.
- Ik mag altijd stoppen. Ik hoef dan niet uit te leggen waarom ik wil stoppen met het onderzoek.
- De onderzoeker heeft mij duidelijk uitgelegd waar het onderzoek over gaat en wat meedoen met het onderzoek voor mij betekent.
- Mijn vragen zijn door de onderzoeker goed beantwoord.
- Als ik nog vragen heb over het onderzoek, zal de onderzoeker die beantwoorden.
- Er mogen WEL/GEEN* geluidsopnamen/beeldopnamen* gemaakt worden. Deze opname wordt alleen gebruikt om precies op te kunnen schrijven wat ik gezegd heb. Als het onderzoek klaar is wordt de opname gewist.
- De onderzoeker zal mijn naam niet noemen als hij vertelt aan anderen over het onderzoek.
- De onderzoeker zal mijn naam niet noemen in het verslag dat hij schrijft over het onderzoek.

Datum:

Naam deelnemer:

Handtekening:

Naam onderzoeker:

Handtekening:

*doorstrepen wat niet van toepassing is.

Bijlage 2: Interviewguide

Inleiding

Introductie	Welkom bij dit interview over de communicatie omtrent de Rosenberg Self-Esteem scale. Fijn dat je tijd kon vrij maken om mij verder te helpen met mijn afstudeeronderzoek. Het interview gaat ongeveer een uur duren.
Doel van het onderzoek - Beschrijving van het doel (Van der Donk & Van Lanen, 2015).	Het is vandaag de bedoeling dat ik een aantal vragen ga stellen over de ontwerpeisen omtrent de communicatieverbetering van de RSE. Het interview heeft als doel om de individuele ontwerpeisen in kaart te brengen zodat er uiteindelijk een interventie ontwikkeld kan worden
Onderwerpen - Inhoud van het interview (Van der Donk & Van Lanen, 2015).	Vandaag gaan we het dus hebben over de communicatie van de RSE. Tevens gaan we het hebben over de ontwerpeisen omtrent vorm en inhoud van de communicatieverbetering
Anonimiteit en vertrouwelijkheid - Een beschrijving van de afspraken over anonimiteit en de terugkoppeling van resultaten (Van der Donk & Van Lanen, 2015).	Ik wil even benaderen dat alles wat hier gezegd wordt, anoniem en vertrouwelijk is. Daarom worden namen niet genoemd zodat u vrij kunt spreken. Zodra ik de resultaten uitgeschreven heb, koppel ik dit terug zodat je kunt zien of u het eens bent met het transcript.
Opnamen - De manier waarop het gesprek wordt vastgelegd (Van der Donk & Van Lanen, 2015).	Ik neem het gesprek vandaag op zodat ik dit terug kan luisteren en niks mis. Hiermee vergroot ik de validiteit van het onderzoek.

Topics, centrale vragen en sub vragen

Inleidende vragen: Algemeen (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Topics - Leeftijd - Functie - Werkzaamheden	<i>Kernvraag: Kunt u iets vertellen over uw functie en werkzaamheden binnen VGGNet?</i> <i>Sub vragen:</i> - Welke werkzaamheden komen daarbij kijken? - Welke werkzaamheden omtrent de training komen daarbij kijken? <i>Gesprekstechniek: LSD</i>
Kern: Communicatie omtrent de RSE - Vragen worden gesteld die relevant zijn in het kader van de onderzoeksvraag (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Topics: - Verbetering idee - Valkuilen - Behoefte	<i>Kernvraag: Hoe kijkt u naar de communicatie omtrent de Rosenberg Self-Esteem scale?</i> <i>Sub vragen:</i> - Hoe ervaar je de communicatie met patiënten omtrent deze vragenlijst? - Hoe kan deze communicatie verbeterd kunnen worden? - Wat zouden alternatieve manieren van communiceren met patiënten kunnen zijn? - Hoe zouden de patiënten de RSE wel kunnen begrijpen? - Waar ligt de behoefte voor verandering? <i>Gesprekstechniek: LSD</i>
Kern: Ontwerpeisen omtrent de inhoud: - Vragen worden gesteld die relevant zijn in het kader van de onderzoeksvraag (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Topics: - Inhoud	<i>Kernvraag: Hoe zou volgens u de communicatieverbetering er qua inhoud uit moeten zien?</i> <i>Sub vragen:</i> - Wat is belangrijk bij deze patiënten in het overbrengen van informatie over de RSE? - Welke verbeteringen omtrent inhoud van de RSE zouden er volgens jou gedaan moeten worden? - Wat zou er in deze verbetering van inhoud specifiek moeten staan? <i>Gesprekstechniek: LSD</i>
Kern: Ontwerpeisen omtrent de vorm: - Vragen worden gesteld die relevant zijn in het kader van de onderzoeksvraag (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Topics - Vormgeving	<i>Kernvraag: Hoe zou volgens u de communicatieverbetering er qua vorm uit moeten zien?</i> <i>Sub vragen:</i> - Hoe zou deze communicatieverbetering vorm moeten krijgen? - Hoe ziet volgens u deze verbetering van vorm eruit? - Wat zou u zelf fijn vinden om te gebruiken? <i>Gesprekstechniek: LSD</i>

Slot

Afsluiting interview - De mogelijkheid voor op- of aanvullingen (Van der Donk & Van Lanen, 2015). - Terugkoppeling van de resultaten van het onderzoek (Van der Donk & Van Lanen, 2015).	We zijn aan het einde van dit interview gekomen. Heb je nog op- of aanmerkingen die je wilt delen? Ik ga het interview afluisteren en de ontwerpeisen die naar voren zijn gekomen leg ik vast. Als het interview getranscribeerd zijn dan neem ik met u het interview door zodat u kan horen wat de uitkomsten zijn. Zo kunt u controleren of u het eens bent met de transcripten en worden de resultaten teruggekoppeld.
Bedanken voor interview - Tot slot wordt de geïnterviewde bedankt voor het gesprek (Van der Donk & Van Lanen, 2015).	Ik wil u heel erg bedanken voor het deelnemen aan dit interview en u hoort nog van mij.

Bijlage 3: Print screen leeg coderingsformat interview

Leeg codeerformat Interview

Bestand Bewerken Weergeven Invoegen Opmaak Gegevens Extra Add-ons Help

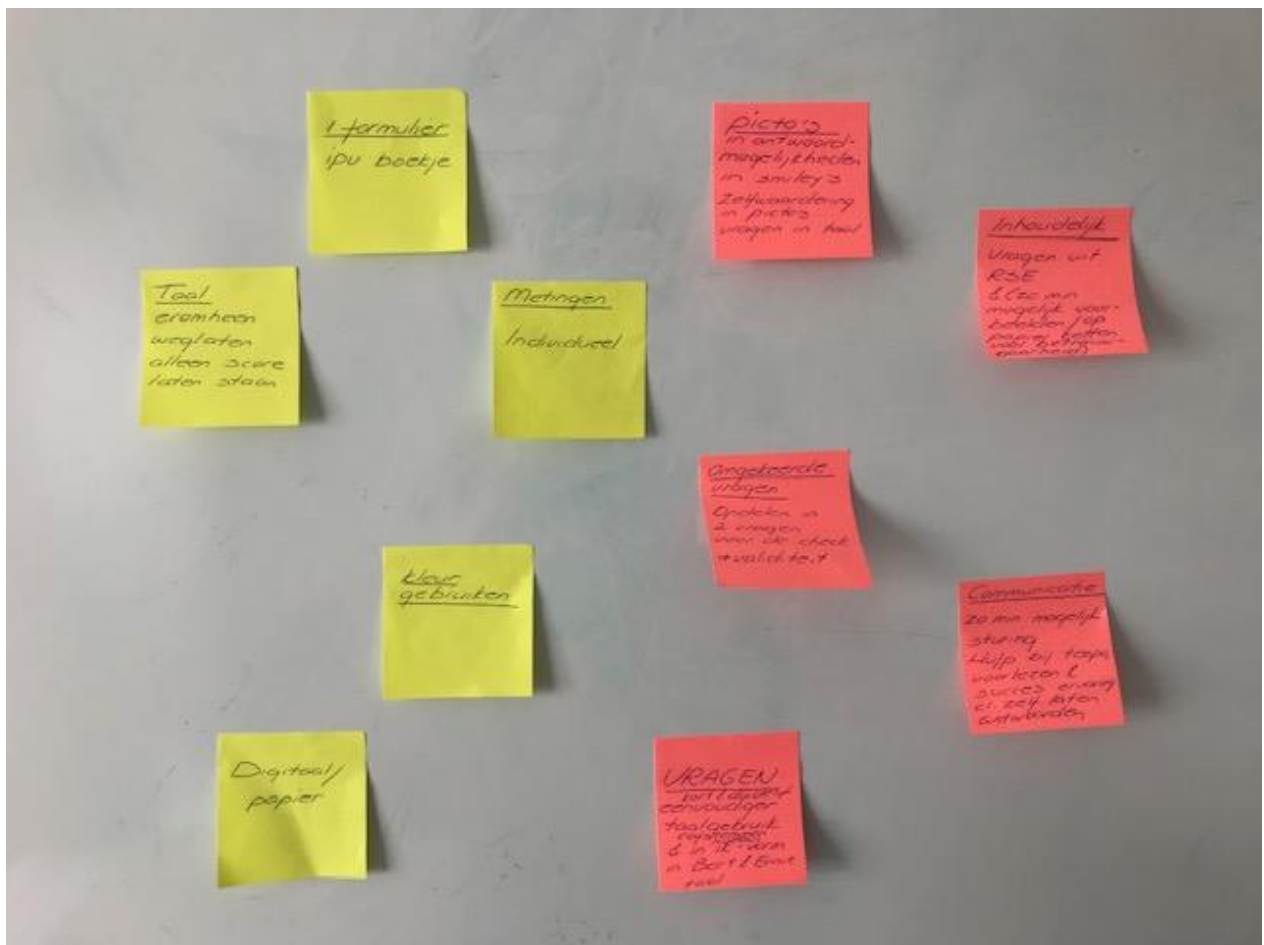
Alle wijzigingen zijn opgeslagen in Drive

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Fragment	Vorm	Inhoud	Communicatie					
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									

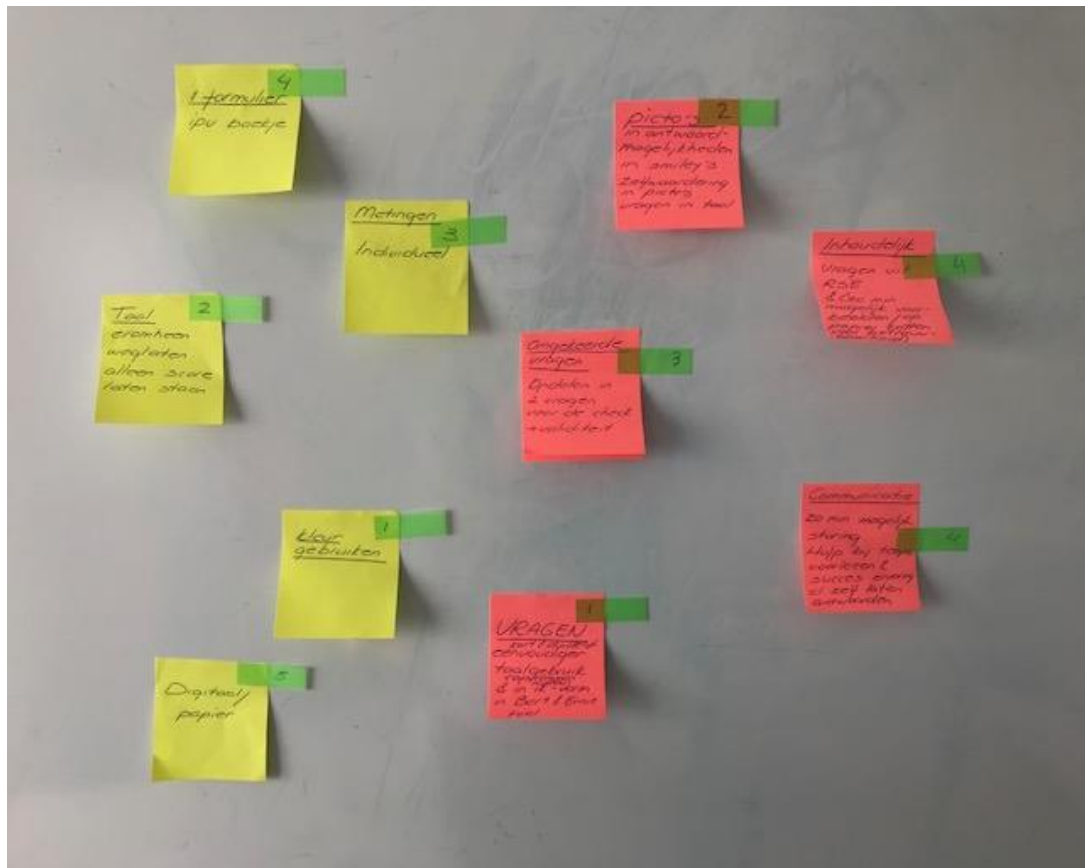
Bijlage 4: Draaiboek groepsdiscussie

Introductie (5 minuten) - Een beschrijving van het doel, opbouw en de inhoud (Van der Donk & Van Lanen, 2015).	Welkom allemaal vandaag bij deze groepsdiscussie! Jullie zijn hier omdat we de uitkomsten van de ontwerpeisen die jullie individueel belangrijk vonden gaan bespreken met elkaar door middel van een discussie. Jullie meningen en ervaringen staan vandaag centraal en je mag vrijuit discussiëren over bepaalde ontwerpeisen. We beginnen zo dus met een groepsdiscussie, vervolgens komen hier definitieve ontwerpeisen uit die we op een post-it gaan schrijven en tot slot maken we een prioritering zodat er definitieve ontwerpeisen met een prioritering tot stand komen vandaag. Het doel van vandaag is dus dat er definitieve ontwerpeisen met een prioritering omtrent vorm en inhoud van de communicatieverbetering tot stand komen.
Privacy (5 minuten) - Afspraken over anonimiteit bespreken (Van der Donk & Van Lanen, 2015).	Net zoals in het interview wil ik graag de groepsdiscussie opnemen ter bevordering van de validiteit van het onderzoek. In het onderzoeksverslag worden jullie namen niet vermeld en blijven jullie dus anoniem.
Kern: Discussie (20 minuten)	We gaan nu als eerste de individuele ontwerpeisen uit de interviews bespreken. Er bevonden zich een aantal verschillen in de meningen van jullie en hierover gaan we in discussie om uiteindelijk tot een consensus te komen. Dus vertel hierbij wat jij belangrijk vindt omtrent vorm en inhoud en waarom dit zo belangrijk is voor het ontwerp.
Kern: Post-its (15 minuten)	Nu we gediscussieerd hebben over de ontwerpeisen vraag ik jullie om deze definitief te maken door ze gezamenlijk op een post-it te schrijven. De ontwerpeisen omtrent vorm komen op een gele post-it en de ontwerpeisen omtrent inhoud komen op een roze post-it. Dit doen we om duidelijkheid te creëren.
Kern: Prioritering (15 minuten)	Nu we de ontwerpeisen definitief hebben gemaakt door ze op post-its te schrijven wil ik jullie vragen om te discussiëren over de prioriteit van deze ontwerpeisen. Dit doen we door middel van een prioritering aan te brengen. We gebruiken een prioritering met de cijfers 1 t/m 5. Hierin is 1 een zeer hoge prioriteit, 2 een hoge prioriteit, 3 een matige prioriteit, 4 een lage prioriteit en 5 een zeer lage prioriteit. We doen dit voor zowel de vorm als voor de inhoud.
Afsluiting (5 minuten) - Mogelijkheid bieden voor op- of aanmerkingen (Van der Donk & Van Lanen, 2015).	Ik wil jullie erg bedanken voor de input van deze groepsdiscussie en ik ga met de definitieve ontwerpeisen aan de slag. Zijn er nog vragen? De resultaten van het onderzoek koppel ik terug, dus jullie horen nog van mij. Een fijne dag nog!

Bijlage 5: Foto post-its



Bijlage 7: Foto prioritering



Bijlage 8: Observatieschema

Wie observeer ik: Trainer van VGGNet

Wat observeer ik: De communicatie van de trainers omtrent de Rosenberg Self-esteem scale

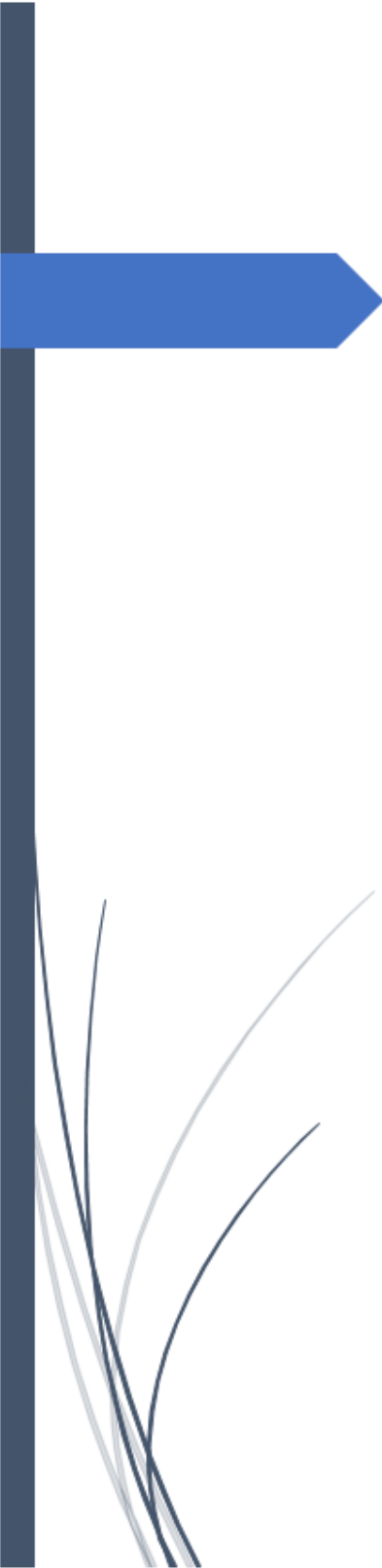
Waar observeer ik: VGGNet Warnsveld

Wanneer observeer ik: Maandag 20-05, Woensdag 29-05 en Donderdag 30-05

Doel van observatie: Werkt deze communicatieverbetering? En wat moet er eventueel verbeterd worden?

Actie	Trainer	Patiënt	Wanneer	Opmerkingen/toevoeging
Start de trainer de introductie op een manier waardoor de patiënt snapt waarover de vragenlijst gaat?				
Zorgt de trainer voor een succeservaring bij het opschrijven van de naam en de datum zodat de patiënt gemotiveerd is om de vragenlijst te maken?				
Heeft de patiënt zelf de pen vast?				
Is het taalgebruik van de vragenlijst adequaat voor het niveau van de patiënt zodat de patiënt zelf de vraag kan beantwoorden?				
Is de structuur duidelijk genoeg voor de patiënt waardoor de patiënt niet in verwarring raakt?				
Zijn de zinnen uit de vragenlijst kort genoeg zodat de patiënt de vragen begrijpt?				
Houdt de trainer het proces in de gaten? (<i>Hulp bij het voorlezen en tempo bepaling</i>)				
Wordt de hulplijst gebruikt tijdens het afnemen van de vragenlijst?				
Zorgt de hulplijst voor een toevoeging in het begrip van de vraag voor de patiënt?				
Zorgt de trainer voor motivatie bij de patiënt door empathie te tonen?				
Zorgt de trainer voor motivatie door de eigen-effectiviteit van de patiënt te verhogen? (De patiënt laten geloven in eigen handelen)				
Geeft de trainer complimenten waardoor de het vertrouwen van de patiënt wordt verhoogd?				

Laat de trainer de patiënt zelf de totaalscore invullen?				
Worden de omgekeerde vragen door de patiënt begrepen? Dit kan gecheckt worden door de antwoorden in de extra vragen				



Handleiding trainers (versie 1)

Rosenberg Self-Esteem scale voor
LVB

Eline te Braake
VGGNET WARNSVELD

Inhoudsopgave

1. Voorwoord.....	2
2. Introductie, houding en communicatieve vaardigheden.....	3
3. De Hulplijst.....	4
4. De RSE-vragenlijst voor LVB.....	6
5. De RSE-scorelijst.....	7
6. Literatuurlijst.....	8

1. Voorwoord

Rosenberg self-esteem scale.

Om het effect van de training te meten wordt er voorafgaand van de training en aan het einde van de training de Rosenberg Self-esteem scale afgenomen bij de patiënten. Deze scale test door middel van een score het zelfbeeld van de patiënten. Een score beneden 18 wijst op een laag zelfbeeld en een score beneden 15 wijst op een zeer laag zelfbeeld (De Neef, 2010).

Om de betrouwbaarheid van de vragenlijst te waarborgen is er een korte handleiding opgesteld. Hierin vindt u een hulplijst en een vereiste communicatiehouding beschreven die gebruikt moet worden ter ondersteuning bij het afnemen van deze vragenlijst. Mocht de patiënt extra hulp en uitleg nodig hebben dan is het van belang dat er uitsluitend uitleg gegeven wordt volgens de hulplijst. Een eigen uitleg of een eigen toevoegen wordt afgeraden te gebruiken omdat op deze manier de betrouwbaarheid van de vragenlijst geschaad wordt. Tevens is het van belang de communicatiehouding aan te nemen die beschreven staat in deze handleiding.

In de bijlage vindt u de scorelijst waarmee de RSE gescoord kan worden. Deze kunt u na het afnemen van de vragenlijst optellen en mededelen aan de patiënt [Let op](#): Laat de patiënt zelf in de thermometer invullen wat zijn of haar score is.

2. Introductie, houding en communicatievaardigheden

Introductie

Het is van belang om de patiënt te vertellen wat hij of zij gaat doen. Laat termen zoals de Rosenberg Self-esteem en een zelfwaarderingstest weg. Benoem alleen dat de patiënt een aantal vragen gaat invullen over het zelfbeeld. Hiervoor kun je de volgende uitleg gebruiken: *'Het zelfbeeld is het beeld dat jij van jezelf hebt. Hiervoor zijn een aantal vragen opgesteld die we gaan doornemen. Je mag de smiley omkruisen waarvan jij denkt die het beste bij jouw antwoord past. Niets is goed of fout.'*

Motiveren

Het is gebleken dat mensen productiever worden wanneer zij het gevoel hebben dat ze vooruitgang boeken, zelfs als die vooruitgang klein lijkt (Valideren, 2012). Het is daarom van belang om voorafgaand van de complexe vragenlijst, eerst de gemakkelijkere taken af te werken. Vul daarom eerst samen met de patiënt zijn of haar naam in en de datum van de dag waarop u de vragenlijst met de patiënt invult. Omdat deze eerst afgewerkt worden, bevordert dit de intrinsieke motivatie van de patiënt en creëert dit positieve emoties (Vanelderen, 2012). Dit zorgt er weer voor dat zij gestimuleerd worden in het aanpakken van de volgende taak; de vragenlijst. Hierdoor kan uiteindelijk het doel bereikt worden, namelijk het volledig doorlopen van de vragenlijst.

Hulp bij het proces

Tevens is het van belang om de leiding bij de patiënt te houden tijdens het afnemen van de vragenlijst. Zorg er dus voor dat de patiënt zelf de pen in de hand heeft. Het is de taak van de trainer om het tempo en het proces in de gaten te houden van de patiënt. Lees daarom samen de vragen door en zorg ervoor dat de patiënt niet te snel gaat. Check of de patiënt de vraag heeft begrepen. Is dit niet het geval? Pak de hulplijst er dan bij en voorzie de patiënt van de extra uitleg die op de hulplijst is aangegeven. Het is van belang dat er niet afgeweken wordt van deze hulplijst en uitsluitend deze uitleg wordt gebruikt. De hulplijst kunt u vinden op pagina 4.

Houding

Het is essentieel om een empathische stijl te hanteren tijdens het afnemen van de vragenlijst. Dit betekent dat uw houding acceptierend moet zijn en moet uitgaan van de overtuiging dat ambivalentie normaal is (Miller & Rollnick, 2016). Daarnaast is het belangrijk om de self-efficacy van de patiënt te ondersteunen. Dit is de overtuiging van de patiënt dat hij of zij beschikt over de capaciteiten die hij nodig heeft voor een gedragsverandering (Bartelink, 2013). Door deze self-efficacy te ondersteunen, gaat de patiënt geloven in zijn eigen handelen waardoor kleine succeservaringen kunnen ontstaan. Het is belangrijk om deze (kleine) succeservaringen te benoemen. Door regelmatig stil te staan bij de succeservaring krijgt de patiënt een positief gevoel (Vanelderen, 2012). Hierdoor raakt de patiënt gemotiveerd om de vragenlijst zo goed mogelijk af te maken waardoor er betrouwbare antwoorden kunnen gaan ontstaan.

3. Hulplijst

Hieronder vindt u per vraag de extra uitleg die u kunt geven als u merkt dat de patiënt de vragen niet snapt. **Let op:** Geef geen extra toevoeging aan de vragen en blijf uitsluitend bij deze uitleg.

Vraag 1: Ik ben tevreden met mijzelf

Tevreden zijn is het gevoel dat je hebt als alles is zoals je wenst (Encyclo, 2019).

Voel jij je zo?

Vraag 2: Ik ben nergens goed voor

Als je denkt dat je nergens goed voor bent heb je het gevoel dat je niks kan.

Denk jij dat je helemaal niks kan?

Vraag 3: Ik heb goede kwaliteiten

Kwaliteiten zijn vaardigheden die jij goed kan. Je kunt dan bijvoorbeeld goed knutselen of je bent juist heel erg goed in sporten. Heb jij dingen die je goed kan?

Vraag 4: Ik kan allerlei dingen net zo goed als andere mensen

Heb jij het gevoel dat jij net zo veel kan als andere mensen? Ben jij bijvoorbeeld in net zo veel dingen goed als je vriend(in)?

Vraag 5: Ik heb niet veel om trots op te zijn.

Trots is het gevoel dat je wilt laten zien dat je iets goeds of moois gedaan hebt (Encyclo, 2019b). Vind jij dat je niet iets goeds of moois hebt gedaan?

Vraag 6: Soms voel ik me nutteloos

Als je je nutteloos voelt dan voel je soms dat je geen doel hebt. Je kunt je ook overbodig voelen. Heb jij dit gevoel?

Vraag 7: Ik ben net zoveel waard als anderen

Als jij net zo veel waar bent als anderen, dan heb jij het gevoel dat jij net zo belangrijk bent als anderen mensen. Heb jij dit gevoel?

Vraag 8: Ik wil meer respect voor mijzelf

Respect is het gevoel dat jij waardering hebt voor je zelf. Heb jij dit gevoel niet? En wil jij graag wat meer waardering voor jezelf?

Vraag 9: Ik voel mij een mislukkeling

Als jij jezelf een mislukkeling voelt dan heb jij het gevoel dat alles wat jij doet mislukt. Heb jij dat gevoel?

Vraag 10: Ik ben tevreden met mijzelf.

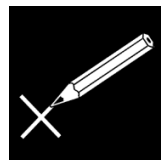
Als jij tevreden bent met jezelf dan vind jij jezelf goed zoals je bent. Verder ben je dan blij met wie je bent. Heb jij dit gevoel?

Vraag 11: Ik heb veel om trots op te zijn.

Trots is het gevoel dat je wilt laten zien dat je iets goeds op moois hebt gedaan. Vind jij dat je veel dingen goed of moois hebt gedaan en wil je dat laten zien?

Vraag 12 Ik heb genoeg respect voor mijzelf.

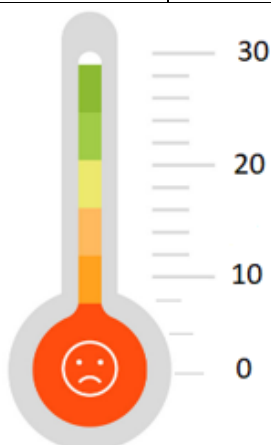
Als jij genoeg respect hebt voor jezelf dan vind jij dat je jezelf goed vindt en daarom ook goed voor jezelf zorgt. Heb jij dit gevoel?



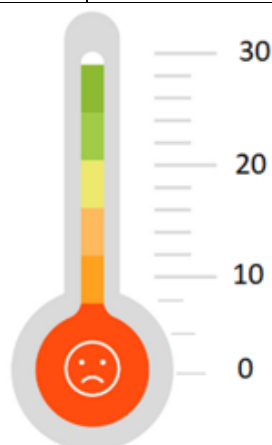
Naam:.....

Datum:.....

	Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	Helemaal mee oneens
1. Ik ben tevreden met mezelf.				
2. Ik ben nergens goed voor.				
3. Ik heb goede kwaliteiten.				
4. Ik kan allerlei dingen net zo goed als andere mensen				
5. Ik heb niet veel om trots op te zijn.				
6. Soms voel ik me nutteloos.				
7. Ik ben net zoveel waard als anderen.				
8. Ik wil meer respect voor mijzelf.				
9. Ik voel me een mislukkeling.				
10. Ik ben tevreden met mezelf.				
11. Ik heb veel om trots op te zijn.				
12. Ik heb genoeg respect voor mijzelf.				



Mijn beginscore =



Mijn eindscore =

	Helemaal mee eens 	Mee eens 	Mee oneens 	Helemaal mee oneens 
en met mezelf.	3	2	1	0
s goed voor.	0	1	2	3
kwaliteiten.	3	2	1	0
dingen net zo goed als andere mensen	3	2	1	0
el om trots op te zijn.	0	1	2	3
ne nutteloos	0	1	2	3
eel waard als anderen.	3	2	1	0
spect voor mijzelf.	0	1	2	3
n mislukking.	0	1	2	3
en met mezelf.	3	2	1	0
n trots op te zijn	0	1	2	3
g respect voor mijzelf.	0	1	2	3

6. Literatuurlijst

- Bartelink, C. (2013, februari). Wat werkt: Motiverende gespreksvoering? Geraadpleegd op 17 mei 2019, van [https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/\(311053\)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf](https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/(311053)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf)
- De Neef, M. (2010). *Negatief zelfbeeld*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Encyclo. (2019b). Tevreden. Geraadpleegd op 17 mei 2019, van <https://www.encyclo.nl/begrip/tevreden>
- Encyclo. (2019b). Trots. Geraadpleegd op 17 mei 2019, van <https://www.encyclo.nl/begrip/trots>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2016b). *Motiverende Gespreksvoering. Mensen helpen veranderen*. Houten, Nederland: Ekklesia.
- Vanelderen, R. (2012, 4 mei). Benoemen van (kleine) succeservaringen belangrijk om je doelen te bereiken. Geraadpleegd op 17 mei 2019, van <https://coachto.nl/benoemen-van-kleine-succeservaringen-belangrijk-om-je-doelen-te-bereiken/>