

# Het Belang van Betrokkenheid

Een gespreksmodule met sociaalpsychologische technieken voor zorgverleners om de betrokkenheid van cliënten in de verslavingszorg bij de eigen behandeling te verhogen.

**Masterthesis**

Sietske Bakker

11 juli 2018

**NISPA**  
Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction

**Radboud Universiteit**



**Auteur**

Sietske Bakker

**Contact**

sietske.bakker@hotmail.com

**Datum**

11 juli 2018

**Instantie**

Radboud Universiteit Nijmegen

**Opdrachtgever**

Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction

**Begeleider Radboud Universiteit**

Harm Veling

**Begeleider NISPA**

Evelien Joosten



# Dankwoord

De afgelopen maanden heb ik hard, maar zeker ook met veel plezier aan mijn masterscriptie gewerkt. Ik heb ontzettend veel geleerd en heb nu een beter idee van het werkveld waarin ik me hopelijk binnenkort ga begeven. Ik had deze stage en thesis nooit kunnen volbrengen zonder de hulp van veel verschillende mensen, maar een aantal personen wil ik in het bijzonder bedanken.

Ten eerste mijn intern begeleider, **Harm Veling**, bedankt voor de prettige gesprekken en de feedback die ik nodig had op momenten dat ik vastliep. Je voorzag mij telkens van een frisse blik, waardoor ik weer met veel enthousiasme verder kon met mijn onderzoek.

Ten tweede wil ik **Evelien Joosten**, mijn begeleider bij het NISPA bedanken. Mede door al jouw enthousiasme vond ik het superleuk om bij jullie mijn stage te lopen. Bedankt voor alle kritische feedback en voor het altijd bereikbaar zijn wanneer ik met vragen zat. Binnen het NISPA wil ik ook **Boukje Dijkstra** bedanken voor de fijne gesprekken en de feedback tijdens het ontwikkelen van mijn interventie. Door de gesprekken met jullie heb ik een veel duidelijker beeld gekregen van de verslavingszorg en van hoe mijn interventie eruit moest gaan zien.

Hiernaast wil ik **Wiebren Markus** bedanken voor het helpen ontwikkelen van de gespreksmodule, de feedback en natuurlijk voor het geven van de training bij IrisZorg. Ik heb onze samenwerking als heel prettig ervaren en vond het fijn dat je me altijd wilde helpen wanneer ik met vragen over de praktijk zat. Ik denk dat we een mooie aanzet naar een allesomvattende gespreksmodule hebben neergezet en dat we de zorgverleners die de training hebben gevolgd enthousiast hebben gemaakt over de sociale psychologie.

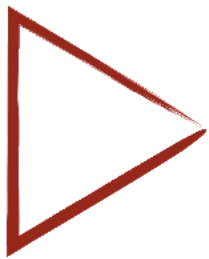
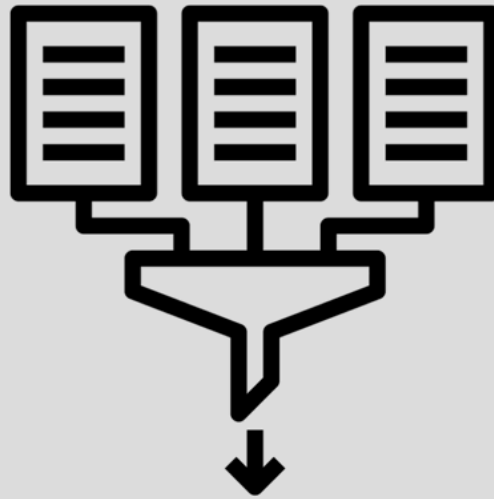
Ik wil alle zorgverleners die deel hebben genomen aan deze training bedanken en natuurlijk ook iedereen die mijn vragenlijsten heeft ingevuld.

Als laatste wil ik al **mijn studiegenoten** bedanken die me hebben geholpen en gesteund bij het volbrengen van mijn stage en het schrijven van deze scriptie. Bedankt voor het beantwoorden van alle vragen, voor het verminderen van de stress op momenten dat dit nodig was en natuurlijk voor alle uren die we samen, werkend aan onze scripties hebben doorgebracht. Ik ben heel blij dat ik jullie heb leren kennen en dat ik dit jaar met jullie heb mogen studeren!

Heel erg bedankt!

Sietske Bakker





# Managementsamenvatting

## IN HET KORT

**Betrokkenheid** van cliënten bij de eigen behandeling in de verslavingszorg bevordert het herstel. Betrokkenheid kan verhoogd worden door cliënten meer mee te laten beslissen over de behandeling. **Doel** van huidig onderzoek is dan ook om ervoor te zorgen dat cliënten meer gaan **meebeslissen** over, en hierdoor meer betrokken raken bij, de behandeling. Om dit te bereiken is een **gespreksmodule** voor zorgverleners ontwikkeld, door de toepassing hiervan zullen cliënten naar verwachting meer gaan meebeslissen over de behandeling.

## OPDRACHTGEVER

De opdrachtgever, het **Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction** (NISPA) wil graag dat cliënten meer betrokken raken bij de behandeling. Zij heeft hiervoor al een aantal methoden toegepast, maar tot nu toe zonder het gewenste resultaat.

## WAT ZEGT DE LITERATUUR?

Er zijn een aantal factoren die zorgen dat de betrokkenheid van de cliënt bij de eigen behandeling op dit moment nog niet optimaal is:

- Niet genoeg **autonomie** bij de cliënt. Wanneer de cliënt geen autonomie voelt over de eigen behandeling, zal de cliënt niet geneigd zijn om hierover mee te beslissen.
- Te weinig **aanmoediging** door de zorgverlener. Wanneer de cliënt niet aangemoedigd wordt om mee te beslissen door de zorgverlener, zal hij/zij dit minder snel doen.
- Het is cliënten niet bekend of **andere cliënten** meebeslissen over de behandeling. Mensen volgen graag het gedrag van anderen waarmee zij zich identificeren. Wanneer cliënten weten dat andere cliënten niet meebeslissen over de behandeling, zullen ze dat zelf ook niet snel doen.

- De cliënt heeft weinig **vertrouwen in het eigen kunnen** wat betreft het nemen van beslissingen over de behandeling. Hierdoor zal een cliënt deze beslissingen ook niet snel zelf nemen.

## GESPREKSMODULE

Voor huidig onderzoek is een gespreksmodule ontwikkeld die het meebeslissen van cliënten en hiermee de betrokkenheid bij de behandeling poogt te verhogen (zie Bijlage A). De module bestaat uit delen van bestaande modules, maar om de betrokkenheid van de cliënt te verhogen zijn hiernaast **drie sociaalpsychologische technieken** opgenomen:



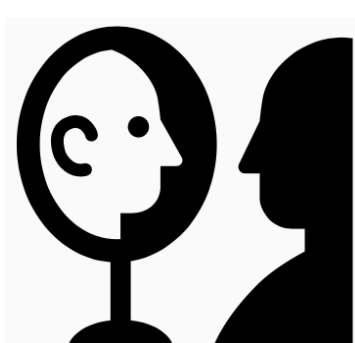
### Descriptieve norm

Mensen doen graag wat andere mensen ook doen. Via de gespreksmodule wordt door zorgverleners naar cliënten toe benadrukt dat 98% van de cliënten samen wil beslissen met hun zorgverlener. Hierdoor zal samen beslissen voor cliënten de norm lijken en zullen ze dit zelf mogelijk ook eerder willen doen.



### Self-efficacy

Self-efficacy is het vertrouwen dat een persoon heeft in het eigen kunnen om met succes een invloed uit te oefenen op zijn/haar omgeving. Dit kan bij cliënten verhoogd worden door het krijgen van positieve feedback op een prestatie. In de gespreksmodule is een punt opgenomen waardoor zorgverleners positieve feedback gaan geven op eigen (en vanzelfsprekend goede) beslissingen van de cliënt. Het vertrouwen in het eigen kunnen stijgt hierdoor waarschijnlijk bij de cliënt, waardoor hij/zij meer zelf gaat beslissen.



### Self-persuasion


Wanneer de cliënt zelf redenen bedenkt en uitspreekt waarom opgestelde behandeldoelen belangrijk zijn, zal hij/zij eerder het idee hebben dat de motivatie om deze doelen te behalen vanuit hem-/haarzelf komt. Dit zal voor de cliënt overtuigender werken dan wanneer de behandelaar de cliënt vertelt waarom behandeldoelen belangrijk zijn. Het volgende punt is daarom opgenomen in de gespreksmodule: *Laat cliënt uitspreken waarom opgestelde doelen belangrijk zijn en hoe hij deze kan behalen.*

## INTERPRETATIE VAN DE RESULTATEN

Op basis van de resultaten van het veldonderzoek mogen **geen conclusies** worden getrokken omdat maar weinig zorgverleners hebben deelgenomen aan het onderzoek. Bij huidig onderzoek lijkt de belangrijkste reden hiervoor te zijn dat zorgverleners simpelweg **geen tijd** hebben om deel te nemen aan onderzoeken.

## AANVULLEND ONDERZOEK

Omdat er weinig deelnemers waren aan het veldonderzoek, is aanvullend **vragenlijstonderzoek** gedaan om de ontwikkelde gespreksmodule te testen. Deelnemers aan het aanvullend onderzoek kregen de gespreksmodule met of zonder de



sociaalpsychologische technieken te zien. Hierna vulden deelnemers een vragenlijst in. Het belangrijkste doel van het aanvullend onderzoek was om erachter te komen de **verwachte betrokkenheid** van cliënten hoger zou zijn voor de gespreksmodule met sociaalpsychologische bestanddelen.

In dit onderzoek is geen significant verschil gevonden in de **verwachte betrokkenheid** van cliënten tussen de gespreksmodule met en zonder sociaalpsychologische bestanddelen. Wel is uit dit onderzoek gebleken dat zorgverleners het geven van **positieve feedback** en het laten **uitspreken van behandeldoelen** door de cliënt al heel belangrijk vinden. Het belang van de **descriptieve norm** zagen respondenten minder. Bij dit onderzoek moet rekening worden gehouden met het feit dat deze vragenlijst is ingevuld door psychologen en psychologen in opleiding en niet louter door zorgverleners in de verslavingszorg.

## AANBEVELINGEN

- 1** Zoek **andere manieren om data te verzamelen**, zodat je hierin minder afhankelijk bent van zorgverleners.  
Zorgverleners hebben blijkbaar weinig tijd om vragenlijsten in te vullen. Zorg dus voor andere manieren van dataverzameling bij het doen van onderzoek onder zorgverleners.
- 2** Maak het belang en de bruikbaarheid van de **descriptieve norm** duidelijk aan zorgverleners.
- 3** Zorg van tevoren dat deelnemers **tijd hebben/nemen** om deel te nemen aan je onderzoek.  
Zorgverleners lijken weinig tijd te hebben voor extra zaken zoals deelnemen aan onderzoeken. Zorg dus voordat je onderzoek gaat doen onder zorgverleners dat ze hier tijd voor krijgen vanuit de instelling.



# Inhoudsopgave

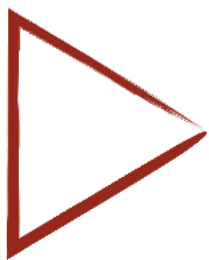
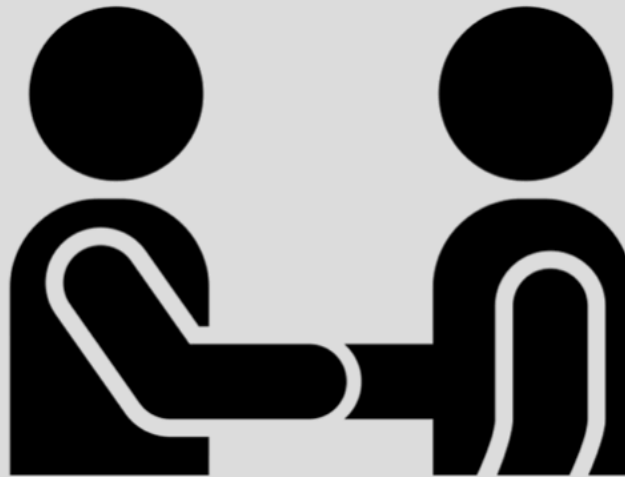
<b>1. Inleiding</b>	<b>10</b>
1.1. Hoe moet het wel?	11
1.2. Waarom gebeurt dit nog niet?	11
1.3. Opdrachtgever en vraagstelling	12
<b>2. Wetenschappelijke context</b>	<b>14</b>
2.1. Betrokkenheid van de cliënt bij de behandeling	14
2.2. Meten van betrokkenheid	15
Procesmodel	16
2.3. Oorzaken van weinig betrokkenheid bij de behandeling	17
2.3.1. <i>Autonomie</i>	17
2.3.1.1. Aanmoediging door zorgverlener	17
2.3.1.2. Zeggenschap cliënt	17
2.3.1.3. Wat doen anderen?	17
2.3.1.4. Heeft de cliënt vertrouwen in het eigen kunnen?	18
2.4. Bestaande methodieken	18
2.4.1. <i>Shared Decision Making</i>	19
2.4.2. <i>Dialogmodel</i>	19
2.4.3. <i>Routine Outcome Monitoring</i>	19
2.4.4. <i>Ruimte voor verbetering</i>	20
2.5. Hypothesen	21
<b>3. Interventie</b>	<b>22</b>
3.1. Gespreksmodule	22
3.1.1. <i>Bestanddelen uit bestaande modulen</i>	22
3.1.2. <i>Sociaalpsychologische technieken</i>	23
3.1.2.1. Descriptieve norm	23
3.1.2.2. Verhogen van self-efficacy	23
3.1.2.3. Self-persuasion	24
3.1.3. <i>Achtergronddocument</i>	26
3.1.4. <i>Training</i>	26
3.1.4.1. Verminderen van weerstand bij zorgverleners	26
<b>4. Methode</b>	<b>28</b>
4.1. Deelnemers en design	28
4.2. Afhankelijke maten	29
4.3. Analyseplan	29



<b>5. Resultaten en interpretatie</b>	<b>32</b>
5.1. Analyse en resultaten	32
5.2. Interpretatie van de resultaten	34
<b>6. Aanvullend onderzoek</b>	<b>36</b>
6.1. Doel en hypothesen aanvullend onderzoek	36
6.1.1. <i>Hypothesen</i>	37
6.2. Methode aanvullend onderzoek	37
6.2.1. <i>Deelnemers en design</i>	37
6.2.2. <i>Materiaal en procedure</i>	37
6.3. Analyseplan aanvullend onderzoek	38
6.4. Resultaten aanvullend onderzoek	38
6.5. Conclusie aanvullend onderzoek	39
6.5.1. <i>Verwachte betrokkenheid</i>	39
6.5.2. <i>Belang sociaalpsychologische bestanddelen</i>	39
6.5.3. <i>Effect van duidelijkheid en bruikbaarheid</i>	39
<b>7. Reflectie op de onderzoeken</b>	<b>42</b>
Integratie van beide onderzoeken	42
7.1. Waarom lijken zorgverleners minimaal met huidig onderzoek bezig?	43
7.1.1. <i>Waarderen zorgverleners de gespreksmodule niet?</i>	43
7.1.1.1. Scepticisme	43
7.1.1.2. Reactance	43
7.1.1.3. Weerstand verminderen	43
7.1.2. <i>Waarom hebben zorgverleners weinig gereageerd op vragenlijsten?</i>	44
7.1.2.1. Gespreksmodule onbegrijpelijk?	44
7.1.2.2. Belang sociaalpsychologische technieken onduidelijk?	44
7.1.2.3. Geen tijd?	45
7.1.3. <i>Hoe komen we toch aan data?</i>	45
7.1.3.1. Gesprekken opnemen	45
7.1.3.2. Behaalde behandeldoelen opvragen	46
Kritische reflectie op de onderzoeksopzet	46
7.2. Validiteit	46
7.2.1. <i>Validiteit van de meting van betrokkenheid</i>	46
Theoretische relevantie van huidig onderzoek	47
<b>8. Aanbevelingen</b>	<b>50</b>
<b>9. Referentielijst</b>	<b>52</b>



<b>10. Bijlagen</b>	<b>56</b>
10.1. Bijlage A – Gespreksmodule met werkzame bestanddelen	56
10.2. Bijlage B – Vragen interviews probleemanalyse	57
10.3. Bijlage C – Achtergronddocument gespreksmodule	58
10.4. Bijlage D – Casus training	65
10.5. Bijlage E – Vragenlijst zorgverleners (voormeting)	69
10.6. Bijlage F – Vragenlijst zorgverleners (nameting)	75
10.7. Bijlage G – Vragenlijst aanvullend onderzoek	82
10.8. Bijlage H – Factoranalyse aanvullend onderzoek	89




## Hoofdstuk 1

### Inleiding

*Stel je voor, je bent ernstig ziek en ligt in het ziekenhuis. Er komt een arts naar je toe die je een aantal vragen stelt, op basis van je antwoorden maakt zij een beslissing over je behandeling. Jij ondergaat vervolgens een behandeling voor je klachten. Hoe zou je het vinden als de arts jou zonder overleg een behandeling oplegt? Ze zal het wel beter weten toch? Zij is immers de arts. Hoe voel jij je hierbij? Waarschijnlijk voel je je op dat moment niet autonoom en de regie over je behandeling ligt niet bij jou. Dat is zonde, want uit onderzoek is juist meerdere malen gebleken dat een behandeling voor de patiënt positiever uitpakt wanneer de patiënt hier zelf bij betrokken wordt en enige vorm van regie over haar behandeling ervaart (Fong Ha, Anat, Longnecker, 2010; Joosten et al., 2008).*

Iedere vorm van zorg is erop gericht om patiënten zo snel en goed mogelijk te laten herstellen. Hoe langer een behandeling duurt, hoe kleiner de kans op herstel (Fong Ha et al., 2010). Onder 'zorg' kunnen vele zaken worden verstaan. De definitie die de overheid gebruikt voor gezondheidszorg is: "Het geheel van zorgverleners, instellingen, middelen en activiteiten dat direct gericht is op instandhouding en verbetering van de gezondheidstoestand en/of de mogelijkheid om zelf regie te voeren, en op het reduceren, opheffen, compenseren en voorkomen van tekorten daarin" (Van der Meer et al., 1997; Nuy & Bex, 1986). Deze definitie heeft het over de mogelijkheid om zelf regie te kunnen voeren, dit is belangrijk voor de betrokkenheid van cliënten bij de behandeling.

Op dit moment worden cliënten in de verslavingszorg nog onvoldoende bij hun behandeling betrokken. Dit is een probleem omdat de zorgverlener zo vaak niet bereikt wat zij wil bereiken. De cliënt ervaart weinig regie over de behandeling, waardoor de behandeling



langer duurt en de afloop vaak ook minder positief is dan wanneer sprake is van regie en hoge betrokkenheid bij de behandeling (Fong Ha et al., 2010; Joosten et al., 2008). Onder cliënten is hierdoor ook sprake van meer no shows, dit betekent dat cliënten niet komen opdagen op afspraken met zorgverleners. Dit kost op instellingsniveau veel geld. Deze kosten worden vervolgens gedeeltelijk via belastingen en verzekeringen en hiermee door de hele maatschappij betaald (Hall, Roter & Rand, 1981; Little et al., 2001).

## 1.1 Hoe moet het wel?

Om ervoor te zorgen dat een behandeling slaagt zouden cliënten dus meer bij de behandeling betrokken moeten worden. Om erachter te komen waarom dit nu nog onvoldoende gebeurt zijn op 29 maart 2018 twee interviews gehouden met medewerkers van IrisZorg, namelijk met Hans Aalders (verslavingsbehandelaar) en met Imke Raaijmakers (begeleidster in de verslavingszorg). Deze interviews bestonden uit open vragen (zie Bijlage B). Een voorbeeldvraag is *“Waarom is het weinig betrekken van cliënten bij de eigen behandeling een probleem?”*


Uit deze interviews is gebleken dat het voor zorgverleners belangrijk is om te weten hoe je ervoor zorgt dat cliënten weer vertrouwen krijgen in het eigen kunnen, echt willen deelnemen aan de behandeling en het idee hebben dat met deze behandeling iets bereikt kan worden. Volgens Hans Aalders moeten cliënten zich gehoord en uitgenodigd voelen om deel te nemen aan het opstellen van de behandeling en het verwezenlijken hiervan. Om dit voor elkaar te krijgen moeten zorgverleners ervaren dat het contact met de cliënt van betekenis is en dat dit echt bijdraagt aan de behandeling. Ondanks dat de zorgverlener een grote rol speelt in dit proces, is het wel een wisselwerking tussen zorgverlener en cliënt. Imke Raaijmakers bevestigt dit. Bij de cliënt moet een verantwoordelijkheid aangesproken worden, waardoor cliënten actiever worden met betrekking tot het opstellen van en het deelnemen aan de behandeling. Cliënten hebben vaak weinig gevoel van regie binnen de behandeling en dit is juist belangrijk voor meer betrokkenheid (Ouwens, z.j.).

## 1.2 Waarom gebeurt dit nog niet?

Waarom worden cliënten dan op dit moment dan nog onvoldoende bij de eigen behandeling betrokken? De druk die van bovenaf op de instelling en hiermee op zorgverleners ligt lijkt een belangrijke oorzaak.<sup>1</sup> De nadruk binnen verslavingszorginstellingen ligt op de productie en cijfers. Binnen een vastgesteld aantal gesprekken moeten behandeldoelen bereikt zijn. Ook moet de tijd van een zorgverlener voor 80% verklaard worden met testen en vragenlijsten ingevuld door cliënten. Dit verantwoorden van tijd is belangrijk voor instellingen, omdat hierdoor subsidies worden ontvangen. Instellingen laten vaak aan zorgverleners blijken het verklaren van tijd belangrijk te vinden. Zorgverleners zijn door deze druk geneigd om snel tests af te nemen, om maar te kunnen verklaren wat ze hebben gedaan. Gevolg hiervan is dat de inhoud van de behandeling onvoldoende aan bod komt. Daarnaast is ook

---

<sup>1</sup> Deze oorzaak werd door medewerkers van IrisZorg genoemd tijdens het afnemen van de interviews.



weinig tijd voor het opbouwen van een band met de cliënt, wat belangrijk is voor het betrekken van de cliënt bij de behandeling.


Er bestaan veel methodieken die zijn ontwikkeld voor het meer betrekken van cliënten bij de behandeling. Dit is tot nu toe niet op grote schaal succesvol geweest. Het toepassen van nieuwe methoden en veranderingen is complex omdat het vaak verandering van houding, inzet en tijd omvat (Stiggelbout et al., 2012). Door de complexiteit van besluitvorming binnen de ggz vraagt dit ook van de hulpverlener extra vaardigheden. Zij moet de cliënt actief bij de behandeling betrekken en ervoor zorgen dat de cliënt de behandeling echt ziet als zijn/haar behandeling. Deze vaardigheden lijken bij hulpverleners voor de hand te liggen en vaak denken hulpverleners ze ook al toe te passen. Echter, bij nader onderzoek blijkt dit tegen te vallen (Towle, Godolphin, Grams & LaMarre, 2006).

Hiernaast bestaan ook methodieken om de vermindering van klachten, gedurende de behandeling, te monitoren. Op dit moment worden deze methoden vaker gebruikt om te meten op instellingsniveau dan op cliëntniveau. Ook dit is een gevolg van het feit dat de nadruk binnen verslavingszorginstellingen vaak ligt op productie en cijfers. Dit is niet effectief voor de individuele cliënt (De Beurs & Emmelkamp, 2013). Routine Outcome Monitoring (ROM) is een methode waarmee de voortgang van de behandeling gemeten kan worden. Deze methode is ontstaan omdat behoefte was om op systematische, wetenschappelijk verantwoorde wijze te meten hoe symptomen van de cliënt zich tijdens een behandeling ontwikkelen (Zitman, 2012). ROM bestaat uit een aantal vragenlijsten. Met behulp van ROM kan tijdig gedetecteerd worden of een behandeling op koers ligt of dreigt te mislukken (De Beurs & Emmelkamp, 2013).

Vanuit de onafhankelijke Stichting Benchmark GGZ kwam het idee om GGZ-instellingen te ijken via ROM, met als oorzaak dat ROM niet meer gebruikt werd voor het primaire proces van behandelmonitoring (Laane & Luijk, 2012). ROM wordt nu vooral gebruikt om de behandeling op instellingsniveau te meten, om zo verschillende instellingen met elkaar te vergelijken (Noom et al., 2012). Ook zorgverzekeraars maken gebruik van gegevens die voortkomen uit ROM (Van Os et al., 2012). De bedoeling van ROM is het meten van de klacht aan het begin van de behandeling en vervolgens meten of deze vermindert en dus of de behandeling succesvol is (Van der Feltz-Cornelis & Volker, 2011). Het NISPA ziet bij ROM vaak terug dat professionals helemaal niet meten, of slechts aan het begin van de behandeling (Stinckens, Smits, Claes, Soenen, 2012; Van Hees, Van der Vlist & Mulder, 2011). Volgens medewerkers van het NISPA en IrisZorg komt dit doordat er veel weerstand is bij zorgverleners richting ROM. Gevolg hiervan is dat de voortgang van de behandeling vaak niet gecommuniceerd wordt naar de cliënt, waardoor de communicatie met de cliënt en de betrokkenheid van de cliënt bij de behandeling verslechteren.

### 1.3 Opdrachtgever en vraagstelling

De opdrachtgever voor huidig onderzoek is het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA). Het NISPA is een samenwerkingsverband van



verslavingszorginstellingen in Nederland.<sup>2</sup> Ze wil wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en zorgontwikkeling bevorderen op basis van wetenschappelijk gefundeerde kennis. Deze activiteiten zijn ten behoeve van preventie van en zorg aan mensen met een stoornis in of door het gebruik van psychoactieve stoffen.

Het NISPA heeft al verschillende methoden toegepast om betrokkenheid van cliënten bij de behandeling verhogen, maar tot nu toe zonder het gewenste resultaat. Ze wil het betrekken van de cliënt bij de behandeling en hiermee het cliëntgericht uitvoeren van een behandeling, bereiken met een nieuw te ontwikkelen, korte, werkbaar en formulierfreie gespreksmodule voor zorgverleners. Hiernaast zou het NISPA graag zien dat de vragenlijsten van ROM weer op cliëntniveau worden toegepast. Dit houdt in dat zorgverleners ROM weer gaan bespreken met de cliënt.

De volgende vraagstellingen zijn voor dit onderzoek geformuleerd:

1. Hoe kan de betrokkenheid van cliënten bij de eigen behandeling verhoogd worden met behulp van een minimale interventie gericht op behandelaren?
2. Een manier om de betrokkenheid te verhogen is door het toepassen van ROM, hoe kan het gebruik van ROM op cliëntniveau verhoogd worden?

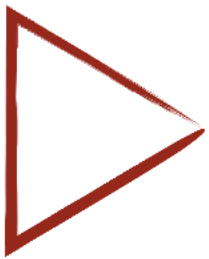
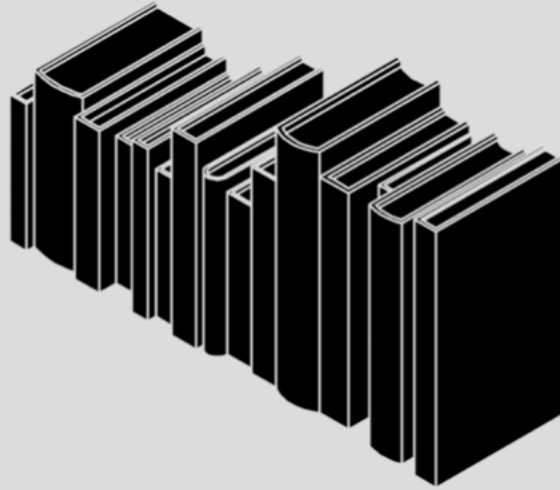
De gewenste uitkomst van dit onderzoek is het verhogen van betrokkenheid van cliënten bij de eigen behandeling. Omdat zorgverleners hierbij een belangrijke rol spelen, zullen zij de doelgroep van de interventie zijn. Zij kunnen ervoor zorgen dat bij de cliënt een bepaalde verantwoordelijkheid wordt aangesproken, waardoor deze actiever wordt met betrekking tot het opstellen van en het deelnemen aan de behandeling.

Om ervoor te zorgen dat cliënten zich structureel meer betrokken voelen bij de behandeling door middel van een gespreksmodule, is het belangrijk om te kijken naar alle mogelijk oorzaken die ervoor kunnen zorgen dat dit op dit moment nog onvoldoende gebeurt. De hierboven genoemde en andere mogelijke oorzaken zullen uitgebreid besproken worden in het volgende hoofdstuk.

**Hoofdvraag:** Hoe kan de betrokkenheid van cliënten bij de eigen behandeling verhoogd worden met behulp van een minimale interventie gericht op behandelaren?

---

<sup>2</sup> De verslavingszorginstellingen die aangesloten zijn bij het NISPA zijn IrisZorg, Novadic-Kentron, Tactus verslavingszorg, Verslavingszorg Noord Nederland en het Vincent van Gogh Instituut.



## Hoofdstuk 2

# Wetenschappelijke context

*In dit hoofdstuk wordt het probleem van weinig betrokkenheid bij de eigen behandeling vanuit verschillende kanten bekeken en verklaard. De oorzaken worden beschreven en weergegeven in een procesmodel: een schematisch overzicht van de oorzaken die uiteindelijk leiden tot het probleem. Dit model vormt de basis voor de interventie.*

### 2.1 Betrokkenheid van de cliënt bij de behandeling

Het doel van iedere behandeling en daarmee van iedere relatie tussen zorgverlener en cliënt, is het verbeteren van de gezondheid van de cliënt of het verbeteren van medische zorg voor de cliënt (Duffy, Gordon, Whelan, Cole-Kelly & Frankel, 2004). Hiervoor is een goede relatie tussen zorgverlener en cliënt belangrijk, hierin kan beter gesproken worden over gedeelde opvattingen, gevoelens over de diagnose, doelen van de behandeling en gewenste psychologische ondersteuning (Arora, 2003; Duffy et al., 2004). Om deze goede relatie te creëren is het belangrijk dat de cliënt voldoende bij de behandeling betrokken wordt.

Wanneer de cliënt meer bij de behandeling betrokken is, zal hij/zij eerder advies opvolgen van de zorgverlener en zich aan de voorgeschreven behandelmethode houden (Chen et al., 2007; Herndon & Pollick, 2002). Ook zal de cliënt eerder instemmen met de vorm van behandelen die door de zorgverlener wordt aangereikt, dit wordt sterk geassocieerd met meer herstel (Stewart et al., 2000). Ook zal de communicatie tussen zorgverlener en cliënt beter worden door meer betrokkenheid van de cliënt bij de behandeling (Fong Ha et al., 2010).



Hiernaast is autonomie over de eigen behandeling belangrijk, de cliënt moet het gevoel krijgen dat hij/zij een vorm van regie over de behandeling heeft. Wanneer zorgverlener en cliënt meer samenwerken zal het gevoel van autonomie bij de cliënt toenemen, wat zorgt voor een verhoogd welbevinden van de cliënt (Stewart et al., 2000). Een groter gevoel van autonomie bij de cliënt zal ook zorgen voor meer betrokkenheid bij de behandeling. Meer controle over de behandeling bij patiënten zorgt voor het beter kunnen tolereren van pijn, het beter kunnen herstellen van ziekte, verminderde tumorgroei en een beter dagelijks functioneren (Greenfield, Kaplan, Ware, Yano & Frank, 1988; Roter, 1983). Ook kan een gevoel van controle over de eigen behandeling zorgen voor het maken van betere psychologische aanpassingen en een betere mentale gezondheid (Herndon & Pollick, 2002; Roter, 1983).

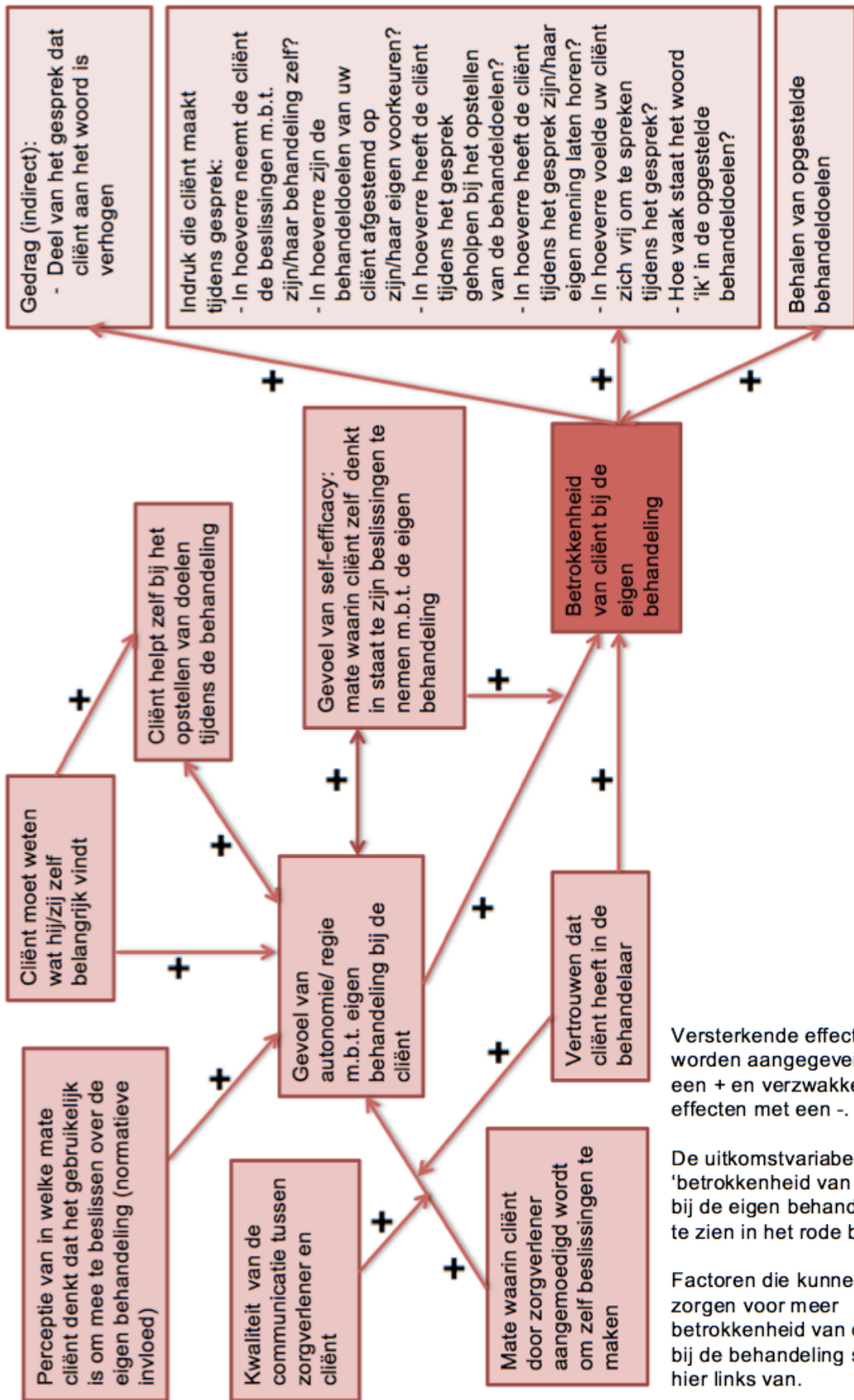
## 2.2 Meten van betrokkenheid

Om betrokkenheid van cliënten bij de behandeling te verhogen, en vervolgens te kijken of dit heeft gewerkt, moet betrokkenheid gemeten worden. Tijdens dit onderzoek kan betrokkenheid niet via de cliënt gemeten worden, vragen over betrokkenheid van cliënten zullen daarom gesteld worden aan zorgverleners.<sup>3</sup>

In het procesmodel (zie Figuur 1), kan men de maten om de betrokkenheid van de cliënt bij de eigen behandeling te meten, uiterst rechts vinden. Hierbinnen zijn drie componenten te onderscheiden: gedragsmatige- en subjectieve componenten en daarnaast het aantal behaalde behandeldoelen. In hoofdstuk 4 worden deze maten verder toegelicht.

---

<sup>3</sup> Om cliënten vragen te stellen moeten toestemmingsformulieren ingediend worden, er gaat veel tijd overheen voordat hiervoor toestemming verleend wordt. Omdat dit onderzoek in vier maanden gedaan wordt, is hiervoor binnen de tijdsperiode van dit onderzoek geen tijd.



Figuur 1. Procesmodel.



## 2.3 Oorzaken van weinig betrokkenheid bij de behandeling

Voordat (het verhogen van) betrokkenheid van de cliënt bij de eigen behandeling mogelijk is, zijn er een aantal hindernissen die overkomen moeten worden. Hieronder worden, aan de hand van het procesmodel (zie Figuur 1), verschillende psychologische oorzaken besproken die ervoor zorgen dat de betrokkenheid van de cliënt op dit moment nog niet optimaal is.

### 2.3.1 Autonomie

Een gevoel van autonomie bij de cliënt is belangrijk voor het verhogen van de betrokkenheid bij de behandeling (Greenfield et al., 1988; Roter, 1983). In het procesmodel is te zien dat veel factoren in verbinding staan met en daarmee invloed hebben op, het gevoel van autonomie over de behandeling.

#### **2.3.1.1 Aanmoediging door zorgverlener**


Een cliënt zal meer zelf gaan beslissen als hij/zij hierin door de zorgverlener aangemoedigd wordt (DiMatteo, 1998). In het procesmodel is te zien dat dit afhankelijk is van de kwaliteit van communicatie tussen zorgverlener en cliënt en van het vertrouwen dat de cliënt heeft in de zorgverlener (Fong Ha et al., 2010; Baile et al., 2000). Bij goede communicatie tussen beide partijen zal een cliënt meer aangemoedigd worden door de zorgverlener. Dit gaat vaak fout om twee redenen: (1) artsen overschatten het eigen communicatievermogen vaak, waardoor ze niet de goede manier van communiceren toepassen (Fong Ha et al., 2010). (2) Termen die zorgverleners gebruiken zijn vaak niet bekend bij cliënten, waardoor zij hun zorgverlener niet goed begrijpen (Baile et al., 2000). Een cliënt zal ook eerder aangemoedigd worden door zijn zorgverlener wanneer de cliënt vertrouwen heeft in de zorgverlener. Hiernaast heeft het vertrouwen dat de cliënt heeft in de zorgverlener ook een directe positieve invloed op de betrokkenheid van de cliënt bij de behandeling (Thom, Kravitz, Bell, Krupat & Azari, 2002; Ridd, Shaw, Lewis & Salisbury, 2009).

#### **2.3.1.2 Zeggenschap cliënt**

Of cliënten autonomie ervaren tijdens de behandeling is daarnaast afhankelijk van twee factoren die hun oorsprong vinden bij de cliënt zelf. Ten eerste is het belangrijk dat de cliënt weet wat hij/zij zelf belangrijk vindt met betrekking tot de behandeling, de cliënt moet hierbij actief nadenken (Joosten, Jaspers, Dijkstra & De Jong, 2015). Wanneer de cliënt dit weet zal hij/zij eerder beslissingen nemen over de behandeling en meer autonomie ervaren over de behandeling (Sobel, 1995). Ook is de mate waarin de cliënt helpt bij het opstellen van behandeldoelen belangrijk voor de ervaren autonomie. Dit zal toenemen wanneer de cliënt beter weet wat hij/zij belangrijk vindt met betrekking tot de behandeling (Sobel, 1995).

#### **2.3.1.4 Wat doen anderen?**

Mensen volgen vaak het gedrag van anderen. Wanneer verwezen wordt naar wat de meeste mensen doen in een situatie, zijn mensen geneigd deze gedraging te vertonen. Ze zullen dit zien als effectief of adaptief gedrag in die situatie. Wanneer we het hebben over wat de meeste mensen doen in een bepaalde situatie, spreken we van de descriptieve norm (Cialdini, 2001).



Dit is goed te zien in een onderzoek van Goldstein, Cialdini en Griskevicius (2008) naar het hergebruiken van handdoeken door hotelgasten. Wat het beste werkte, was een boodschap met een descriptieve norm die aangaf dat 75% van de gasten die in die specifieke kamer verbleven, hun handdoek hergebruikten. Hieruit blijkt dat mensen eerder geneigd zijn om normen te volgen wanneer deze worden gezet door bepaalde groepen. Door er specifiek op te wijzen dat de eerdere gasten in de kamer waar zij verblijven hun handdoeken opnieuw gebruikten, wordt de persoon deel van deze groep mensen waar hij zich mee kan identificeren. Hierdoor wordt het voor de gasten nog verleidelijker zich daarbij aan te sluiten. Deze gasten behoren tot de ingroup, ze blijken dezelfde voorkeur voor hotelkamers te hebben.

Als we dit vertalen naar de verslavingszorg, betekent dit dat cliënten waarschijnlijk meer gaan meebeslissen over hun behandeling wanneer ze weten dat andere cliënten dit ook doen. Andere cliënten zullen gezien worden als ingroup. Door het verhogen van gezamenlijke beslissingen en hiermee de autonomie over de behandeling, zal de betrokkenheid van de cliënt bij de behandeling toenemen (Joosten et al., 2015).

### **2.3.1.5 Heeft de cliënt vertrouwen in het eigen kunnen?**

Self-efficacy is het vertrouwen dat een persoon heeft in het eigen kunnen om met succes een invloed uit te oefenen op zijn omgeving. Volgens de self-efficacy theorie van Bandura (1977) zijn mensen eerder geneigd een handeling uit te voeren wanneer ze vertrouwen hebben in het eigen kunnen, ook zullen ze een gedraging dan eerder voorzetten. Volgens deze theorie werken de resultaten van acties van mensen versterkend. Ook is gebleken dat self-efficacy verhoogd kan worden door het krijgen van positieve feedback op een prestatie, mensen krijgen hierdoor meer vertrouwen in het eigen kunnen (Krueger & Dickson, 1994; Braun, 2000).

Wanneer een cliënt behandeldoelen haalt, zal dit het vertrouwen van deze cliënt, met betrekking tot het nemen van beslissingen over de behandeling en het behalen van doelen verhogen (Schmutte et al., 2008). Hierdoor zal de cliënt waarschijnlijk gemotiveerder zijn volgende doelen ook te halen. Ook zal de cliënt een groter gevoel van regie hebben over de behandeling, doordat hij/zij heeft ervaren iets te kunnen bereiken, waardoor waarschijnlijk meer beslissingen met betrekking tot de behandeling door de cliënt zelf genomen zullen worden. De cliënt zal meer betrokken zijn bij de behandeling als het gevoel van self-efficacy stijgt.

## **2.4 Bestaande methodieken**

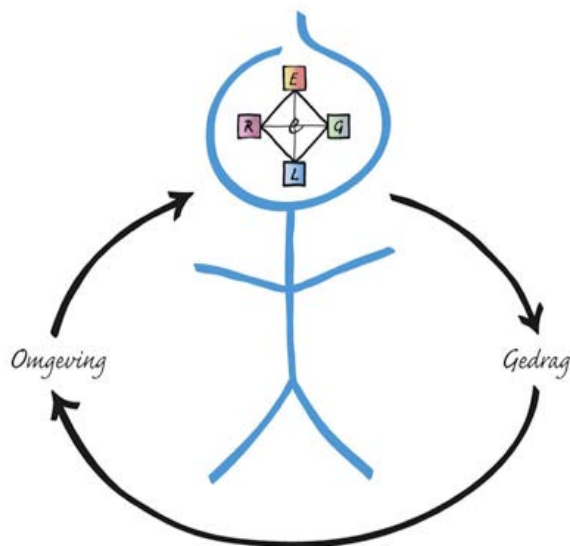
Er bestaan veel methodieken in de gezondheidszorg die pogen om gedeelde besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt te bevorderen. Deze lijken in de praktijk echter vaak nog niet op de juiste manier te worden toegepast. Een aantal punten uit deze bestaande methodieken zullen gebruikt worden in de gespreksmodule die voor huidig onderzoek ontwikkeld is. Deze methodieken worden nu beschreven.

## 2.4.1 Shared Decision Making

Shared Decision Making (SDM) is een proces waarin zorgverlener en cliënt samen een keuze maken over een behandeling (Towle & Godolphin, 1999). SDM werkt in de praktijk goed doordat de gewoonte van cliënten om beslissingen over te laten aan de hulpverlener doorbroken wordt. De cliënt moet stilstaan bij wat hij/zij belangrijk vindt en bij wat hij/zij moet doen om een behandelgoal te bereiken (Joosten et al., 2015). Door beslissingen te maken met SDM krijgen cliënten meer verantwoordelijkheden en keuzevrijheid, het gevoel van autonomie wordt hierdoor vergroot. Dit heeft een positieve uitwerking op betrokkenheid van cliënten bij de behandeling (Helmus, Bezemer, Pijnenborg & Slooff, 2011).

## 2.4.2 Dialoogmodel

Het Dialoogmodel is ontwikkeld om te komen tot een eenduidig(e) hulpvraag, doel en mogelijkheden in de samenwerking tussen hulpvrager en hulpverlener (zie Figuur 2). Met behulp van het Dialoogmodel kan binnen een hulpverleningsrelatie de onderlinge communicatie en samenwerking worden verbeterd (Maurer & Westermann, 2007). Het Dialoogmodel is inmiddels ook wetenschappelijk onderzocht en het wordt toegepast in vele gezondheidssectoren. De module wordt vooral gekenmerkt door gebruik van gewone taal en visualisatie vanuit een dialogische attitude (Maurer & Westermann, 2007).



Figuur 2. Dialoogmodel (Maurer & Westermann, 2007)<sup>4</sup>

## 2.4.3 Routine Outcome Monitoring

ROM is, zoals eerder al genoemd, een methode om behandelgoals te monitoren, feedback te leveren op de voortgang van de behandeling en voor het op tijd bijstellen van de behandeling. ROM bestaat uit een groot aantal vragenlijsten die door de cliënt of door cliënt

<sup>4</sup> Bij het Dialoogmodel gaat het vooral over het proces van reageren van de cliënt en zijn omgeving op elkaar. Afbeelding geraadpleegd van: <https://www.dialoogmodel.nl/hulpverleners/>

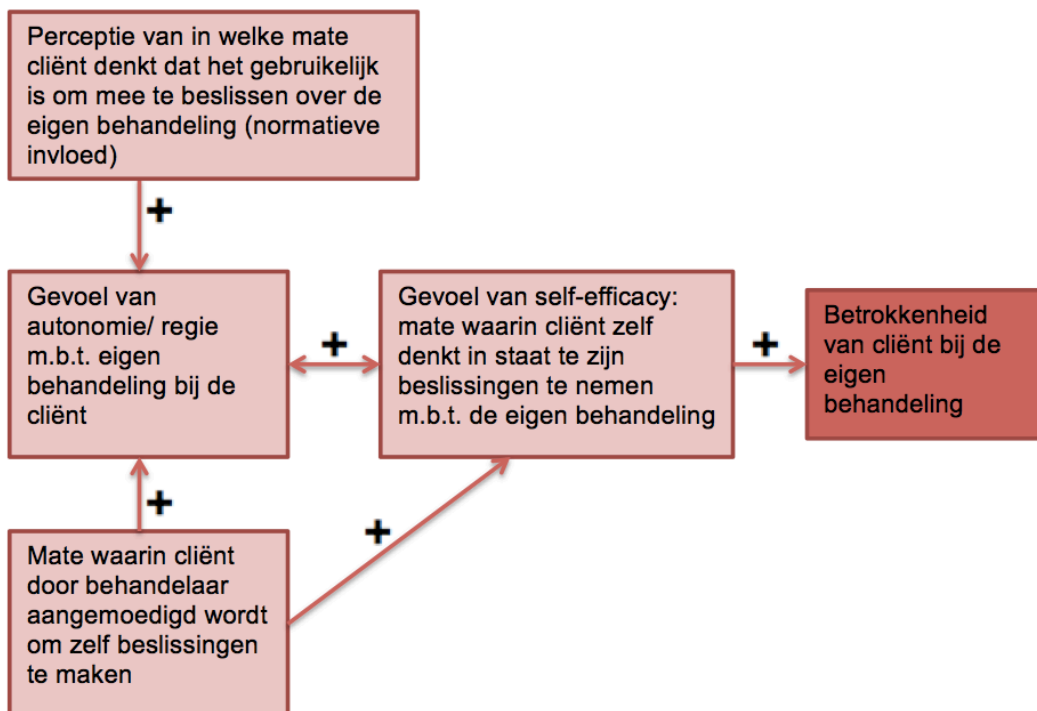
en zorgverlener samen worden ingevuld. Met ROM kan tijdig gedetecteerd worden of een behandeling op koers ligt of dreigt te mislukken.

#### 2.4.4 Ruimte voor verbetering

Een aantal bestanddelen van de bovengenoemde methodieken is nuttig gebleken, binnen deze methodieken is echter nog ruimte voor verbetering. Er zijn sociaalpsychologische technieken die de werkzaamheid van de bestaande methodieken kunnen verhogen.

Wat in bestaande methodieken niet naar voren komt is het feit dat veel cliënten samen met hun zorgverlener willen beslissen. Het zou goed zijn om dit punt te delen met cliënten. Wanneer zij denken dat andere cliënten samen met hun zorgverlener willen beslissen, zullen zij zelf ook meer geneigd zijn om dit te doen (Cialdini, 2001). Bij samen beslissen is het ook belangrijk dat de cliënt vertrouwen heeft dat hij/zij beslissingen over de behandeling zelf kán maken. Dit vertrouwen kan bij cliënten verhoogd worden door positieve bekrachtiging van goede beslissingen door de zorgverlener (Braun, 2000). Hiernaast wordt de cliënt binnen de bestaande methodieken vaak door de zorgverlener gestimuleerd om vragenlijsten in te vullen of samen te beslissen. Het zou volgens de sociaalpsychologische techniek self-persuasion beter werken als de cliënt hier zelf argumenten voor zou bedenken en uitspreken (Aronson, 1999). Mensen kunnen zichzelf vaak namelijk beter overtuigen dan dat anderen dat kunnen.

In de module die is ontwikkeld voor huidig onderzoek, wordt gebruik gemaakt van deze sociaalpsychologische technieken. Wanneer het procesmodel wordt teruggebracht tot deze factoren, ziet het er als volgt uit (zie Figuur 3). Op deze factoren van het procesmodel wordt ingespeeld tijdens huidig onderzoek. Deze technieken worden verder toegelicht in hoofdstuk 3.



Figuur 3. Procesmodel teruggebracht tot de sociaalpsychologische factoren waarop wordt ingespeeld met de ontwikkelde interventie.



## 2.5 Hypothesen

Het doel van dit onderzoek is om de betrokkenheid van cliënten bij de eigen behandeling te verhogen.

1. Er wordt verwacht dat de betrokkenheid van de cliënt bij de eigen behandeling toeneemt wanneer de cliënt meer gaat meebeslissen over de eigen behandeling.

De betrokkenheid van de cliënt bij de behandeling kan gemeten worden door middel van drie componenten. Deze componenten zijn *mate waarin de cliënt aan het woord is*, *indruk die de cliënt maakt tijdens het gesprek* en *het behalen van opgestelde behandeldoelen* (zie Figuur 1).<sup>5</sup>

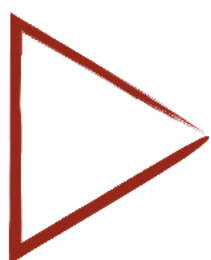
Er wordt dan ook verwacht dat deze componenten zullen toenemen wanneer cliënten meer betrokken zijn bij de eigen behandeling:

- 1.1 De mate waarin de cliënt aan het woord is zal toenemen wanneer de cliënt meer betrokken is bij de eigen behandeling.
- 1.2 De componenten van *de indruk die de cliënt maakt tijdens het gesprek* zullen toenemen wanneer de cliënt meer betrokken is bij de eigen behandeling (zie Figuur 1).
- 1.3 Er zullen meer opgestelde behandeldoelen behaald worden wanneer de cliënt meer betrokken is bij de eigen behandeling.

**Samengevat:** Er bestaan verschillende psychologische oorzaken voor het probleem dat cliënten weinig betrokken zijn bij de eigen behandeling. In dit onderzoek zal ingespeeld worden op de belangrijkste van deze oorzaken. Werkzame bestanddelen uit bestaande modulen zullen worden meegenomen bij het ontwikkelen van de interventie, deze zullen aangevuld worden met sociaalpsychologische technieken.

---

<sup>5</sup> Waarom deze componenten gekozen zijn om betrokkenheid te meten en hoe betrokkenheid precies gemeten wordt zal in hoofdstuk 4 worden uitgelegd.



## Hoofdstuk 3 Interventie

*Het doel van dit onderzoek is het verhogen van de betrokkenheid van cliënten bij de eigen behandeling. Uit de literatuur blijkt dat deze betrokkenheid waarschijnlijk verhoogd wordt wanneer de cliënt meer gaat meebeslissen over de behandeling. Tijdens huidig onderzoek zal dan ook gepoogd worden de cliënt meer mee te laten beslissen over de behandeling. Hiervoor is gekozen omdat uit de theorie blijkt dat dit één van de belangrijkste factoren is bij het verhogen van betrokkenheid van cliënten bij de behandeling. Ook is hier goed op in te spelen met sociaalpsychologische technieken. In dit hoofdstuk wordt de interventie uitgelegd die op basis van theorie uit de wetenschappelijke context is ontworpen.*


### 3.1 Gespreksmodule

De interventie die ontwikkeld is, is een gespreksmodule.<sup>6</sup> Er zijn bestanddelen uit bestaande modules gehaald, vervolgens zijn hier sociaalpsychologische technieken aan toegevoegd. De volgende technieken zijn toegevoegd: descriptieve norm, self-efficacy en self-persuasion. De ontwikkelde gespreksmodule is te zien in Bijlage A.

#### 3.1.1 Bestanddelen uit bestaande modulen

Uit SDM kwam naar voren dat de cliënt stil moet staan bij wat hij/zij zelf belangrijk vindt en dat duidelijk moet zijn wat gedaan moet worden om behandeldoelen te bereiken. Dit leidt tot meer betrokkenheid (Joosten et al., 2015; Helmus et al., 2011). Binnen het Dialoogmodel

<sup>6</sup> Er is gekozen voor een gespreksmodule omdat de opdrachtgever (het NISPA) hier specifiek om heeft gevraagd.



lijken vooral het bevorderen van gewone taal en het centraal stellen van de cliënt als individu belangrijk voor de betrokkenheid (Maurer & Westermann, 2007). De gespreksmodule is ingedeeld volgens de drie globale fasen van een behandeling: de kennismaking, het opstellen van werk- en behandeldoelen en de evaluatie van de behandeling.

### 3.1.2 Sociaalpsychologische technieken

#### 3.1.2.1 *Descriptieve norm*

Ten eerste is gebruik gemaakt van normen om de betrokkenheid van cliënten bij de behandeling te verhogen. Dat normen invloed hebben, hebben we in het vorige hoofdstuk gezien in het onderzoek van Goldstein et al. (2008) naar het hergebruiken van handdoeken door hotelgasten. Maar normen blijken op veel verschillende gebieden een effect te hebben. Bijvoorbeeld op drinkgedrag bij studenten en op eetgedrag (Bosari & Carey, 2003; Robinson, Thomas, Aveyard & Higgs, 2014). Het is waarschijnlijk dat cliënten meer zullen gaan meebeslissen over de behandeling wanneer gebruik gemaakt wordt van normen: cliënten zullen waarschijnlijk meer meebeslissen wanneer ze weten dat andere cliënten dit ook doen.




Een probleem hierbij is dat op dit moment niet bekend is hoe vaak gezamenlijke besluitvorming daadwerkelijk voorkomt (Vilans, 2013). Wel kan voor het toepassen van deze norm gebruik gemaakt worden van een grootschalig onderzoek wat is gedaan vanuit de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (Van Haastert & Lekkerkerk, 2014). Dit is een onderzoek naar Samen Beslissen, waaraan 8200 mensen hebben meegedaan. Hieruit is gebleken dat 98% van de deelnemers samen wil beslissen met hun arts. In de gespreksmodule die is ontwikkeld voor huidig

onderzoek zal gebruik worden gemaakt van de resultaten van bovenstaand onderzoek. Cliënten zal door zorgverleners expliciet verteld worden dat 98% van de cliënten samen wil beslissen met hun arts. Hierdoor zal een norm gecommuniceerd worden naar cliënten toe, waardoor zij mogelijk ook geneigd zijn meer samen te gaan beslissen. Punten in de gespreksmodule die deze norm communiceren zijn te zien in Figuur 4. Het gebruiken van de descriptieve norm in deze context is nog niet eerder gedaan, maar omdat het op veel gebieden invloed heeft, wordt verwacht dat het ook hier zal werken.

#### 3.1.2.2 *Verhogen van self-efficacy*

Wanneer mensen zich niet competent voelen, zien ze meer bedreigingen en nemen ze minder risico's in beslissingen (Krueger & Dickson, 1994). Wanneer een cliënt zich tijdens de behandeling niet competent voelt om beslissingen over de behandeling te maken, zal hij hierin dus minder risico's nemen en hoogstwaarschijnlijk beslissingen eerder laten nemen door de zorgverlener. Als de cliënt zich wel competent voelt om een bepaalde beslissing te nemen, zal deze cliënt juist meer risico's nemen in het nemen van toekomstige beslissingen. Hij/zij zal hierdoor minder beslissingen helemaal overlaten aan de zorgverlener.

Zoals eerder al gezegd is self-efficacy het vertrouwen dat een persoon heeft in het eigen kunnen om met succes een invloed uit te oefenen op zijn/haar omgeving (Bandura, 1977).



De bedoeling is om de self-efficacy van cliënten te verhogen, zodat cliënten meer beslissingen gaan maken over de behandeling. Self-efficacy kan verhoogd worden door het krijgen van positieve feedback op een prestatie (Krueger & Dickson, 1994; Braun, 2000).



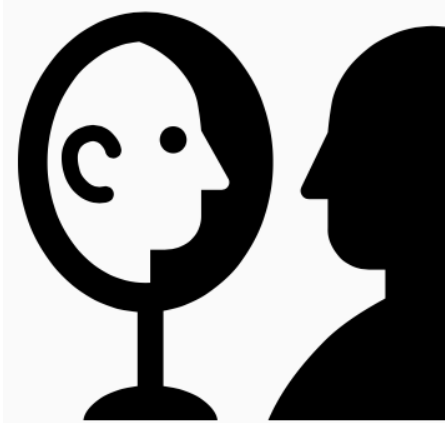
In de gespreksmodule is gebruik gemaakt van een techniek om self-efficacy te verhogen. De punten die hierboven zijn beschreven worden in de huidige gespreksmodule gecombineerd. Een zorgverlener kan het nemen van eigen beslissingen, met betrekking tot het behandeltraject, bij de cliënt bevorderen door complimenten te geven na het nemen van een eigen (en vanzelfsprekend goede) beslissing door de cliënt. De cliënt zal zich na een dergelijk compliment waarschijnlijk competentier voelen en daardoor beter in staat zijn om een beslissing te nemen. Wat betekent dat de cliënt meer beslissingen met betrekking tot de behandeling zelf

gaat nemen. Belangrijke punten in de gespreksmodule voor het verhogen van self-efficacy zijn te zien in Figuur 4.

### **3.1.2.3 Self-persuasion**

Als laatste is gebruik gemaakt van de sociaalpsychologische techniek self-persuasion. Om ervoor te zorgen dat de cliënt meer betrokken raakt bij de behandeling, is het belangrijk dat de cliënt weet waarom de opgestelde doelen belangrijk zijn en hoe deze behaald kunnen worden. Wanneer dit verteld wordt aan iemand, kan het zijn dat hij/zij weerstand creëert omdat iemand het gevoel heeft iets te moeten doen wat niet de eigen keuze is (Aronson, 1999). De vorm van weerstand die ontstaat wanneer iemand wordt beperkt in de vrijheid is reactance (Pratkanis, 2007). Om dit te voorkomen is het belangrijk dat de cliënt zelf bedenkt en uitspreekt waarom behandeldoelen belangrijk zijn en hoe deze behaald kunnen worden.

Deze manier van overtuigen werkt beter omdat mensen graag hun eigen baas willen zijn door de behoefte aan autonomie die we hebben (Deci & Ryan, 1985). De werking van self-persuasion is op veel verschillende gebieden onderzocht (Müller et al., 2009; Aronson, 1999). Onderzoek van Miller & Wozniak (2001) laat het effect van self-persuasion goed zien. Hier hebben studenten college gehad over de ineffectiviteit van onbewuste beïnvloeding. Daarna heeft één groep van deze studenten een samenvatting gemaakt van de punten die gemaakt zijn in het college. De andere groep heeft argumenten opgehaald voor de ineffectiviteit van onbewuste beïnvloeding die volgens hen het meest effectief waren. Uit de resultaten blijkt dat de groep die zelf argumenten heeft opgehaald het minst geloven in de effectiviteit van onbewuste beïnvloeding. Hieruit blijkt dat self-persuasion een effectievere manier is om mensen te overtuigen dan wanneer iemand anders hen probeert te overtuigen.



Als we dit toepassen op cliënten is het belangrijk dat de cliënt zelf redenen bedenkt en uitspreekt waarom opgestelde behandeldoelen belangrijk zijn. Hierdoor zal hij/zij het idee hebben dat de motivatie om deze doelen te behalen vanuit hem- of haarzelf komt. De cliënt overtuigt zichzelf er op deze manier van dat de doelen belangrijk zijn (Aronson, 1999). Ook is de cliënt dan minder bezig met het feit dat hij/zij eventueel beïnvloed wordt. Hierdoor zal deze manier van nadenken over opgestelde behandeldoelen effectiever zijn voor het behalen van de doelen. Overtuiging op deze manier heeft daarnaast meer langdurende effecten dan

wanneer de cliënt door de zorgverlener overtuigd zou worden om doelen te behalen (Aronson, 1999). Het punt dat in de gespreksmodule is opgenomen om self-persuasion te bereiken bij de cliënt, is te zien in Figuur 4.

### Kennismaking

In deze fase zijn dit belangrijke aandachtspunten die je mee kunt nemen:

1. Bespreek doel gesprek.
2. Benadruk expliciet dat 98% van de patiënten **samen wil beslissen**. punt om de descriptieve norm te communiceren
3. Laat cliënt over zichzelf vertellen.
4. Heeft cliënt vragen?
5. Bespreek globaal mogelijkheden hersteltraject.
6. Wat verwacht cliënt van hersteltraject?
7. Wat vindt cliënt belangrijk?
8. ROM-vragenlijsten zijn belangrijk voor evaluatie.
9. Kijk vooruit naar hersteltraject.

### Start behandeling/opstellen werk- en behandeldoelen

In deze fase zijn dit belangrijke aandachtspunten die je mee kunt nemen:

1. Terugblik op eerste gesprek. Vragen?
2. Bespreek resultaten ROM.
3. Herkent cliënt zich in ROM-meting?
4. Benadruk dat 98% van de patiënten **samen wil beslissen**, behandeldoelen zullen **samen** worden opgesteld. punt om de descriptieve norm te communiceren
5. Bespreek opties hersteltraject.
6. Welke optie heeft voorkeur cliënt/behandelaar?
7. Bij eigen goede beslissing cliënt → **Bekrachtig dit positief**. punt om self-efficacy te verhogen
8. **Laat cliënt uitspreken** waarom opgestelde doelen belangrijk zijn en hoe hij deze kan behalen. punt om self-persuasion te bereiken bij de cliënt
9. Stel samen plan over uitvoering traject op.

### Evaluatie

In deze fase zijn dit belangrijke aandachtspunten die je mee kunt nemen:

1. Bespreek ROM-vragenlijsten, herkent cliënt zich hierin?
2. Bespreek voortgang behandeldoelen, moeten deze worden bijgesteld?
3. Evalueer wat wel/niet goed gaat. **Bekrachtig goede keuzes en acties van cliënt positief**. punt om self-efficacy te verhogen

Voor het **verhogen van de algemene betrokkenheid** van cliënt bij de behandeling (in alle fasen van de behandeling):

- Benadruk herhaaldelijk en expliciet dat 98% van de patiënten graag **samen wil beslissen**.
- Wanneer de cliënt een goede beslissing maakt, **bekrachtig dit dan positief**.
- Laat de **cliënt zelf redenen opnoemen** waarom opgestelde behandeldoelen belangrijk zijn en wat de cliënt zelf kan doen om deze doelen te bereiken.

punten om de algemene betrokkenheid te verhogen

Figuur 4. Sociaalpsychologische bestanddelen gespreksmodule.



### 3.1.3 Achtergronddocument

Bij de gespreksmodule is een achtergronddocument ontwikkeld waarin zorgverleners alle informatie na kunnen zoeken (zie Bijlage C). Alle punten van de module worden in dit document besproken. Per punt worden concrete voorbeelden genoemd, waardoor de gespreksmodule voor zorgverleners makkelijker toe te passen is.

### 3.1.4 Training

Om ervoor te zorgen dat zorgverleners de gespreksmodule op de juiste manier toepassen, wordt hierover een training gegeven. De training wordt gegeven door Wiebren Markus, hij is GZ-psycholoog en Senior onderzoeker.<sup>7</sup> Doordat hij deze training geeft zullen zorgverleners waarschijnlijk vertrouwen hebben in de werking van de gespreksmodule en zullen ze deze eerder toepassen in de praktijk. De training wordt eenmalig gegeven en duurt negentig minuten. Alle onderdelen van de gespreksmodule worden besproken en de sociaalpsychologische technieken worden uitgelegd. Ook wordt aan een casus gewerkt met de deelnemers om interactief met de sociaalpsychologische technieken bezig te zijn (zie Bijlage D).

#### **3.1.4.1 Verminderen van weerstand bij zorgverleners**

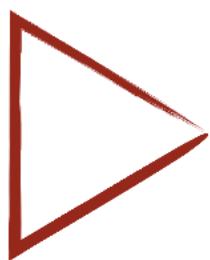
Eerder is al gebleken dat zorgverleners weinig tijd hebben, ook is bekend dat bij het introduceren van nieuwe werkwijzen vaak weerstand optreedt. Hierdoor kan bij zorgverleners reactance optreden, een vorm van weerstand die ontstaat wanneer mensen zich beperkt voelen in hun vrijheid (Brehm, 1966; Brehm & Brehm, 1981). Een manier om reactance te verminderen is het erkennen van de weerstand, dit wordt gedaan in de training.

**Samengevat:** In de gespreksmodule zal gebruik worden gemaakt van sociaal-psychologische technieken die inspelen op: de descriptieve norm, het verhogen van self-efficacy en self-persuasion. Hiermee wordt gepoogd de cliënt meer te betrekken bij de eigen behandeling. In de training zullen technieken worden toegepast om weerstand bij behandelaren te verminderen.

---

<sup>7</sup> De training is gegeven bij IrisZorg in Arnhem, dit is ook de instelling waar Wiebren Markus Senior onderzoeker is.





## Hoofdstuk 4

### Methode


*Om te bepalen of de ontwikkelde gespreksmodule heeft gezorgd voor meer betrokkenheid van cliënten bij de eigen behandeling is een wetenschappelijke methode opgesteld. Deze methode wordt in dit hoofdstuk uitgelegd.*

#### 4.1 Deelnemers en design

De deelnemers aan de interventie zijn zorgverleners, zij volgen de training over de gespreksmodule en zullen de module bij cliënten in de praktijk toepassen. Deelnemers zijn ambulante behandelaar of maatschappelijk hulpverlener.<sup>8</sup>

Deelnemers worden verdeeld in twee groepen: een interventiegroep en een controlegroep. Beide groepen vullen een vragenlijst in voor de voormeting (zie Bijlage E), hierin wordt gevraagd naar de afhankelijke maten van dit onderzoek (zie hoofdstuk 4.2). De interventiegroep krijgt de training beschreven in hoofdstuk 3. Na de training zullen de zorgverleners van de interventiegroep de gespreksmodule twee weken toepassen in de praktijk. De controlegroep krijgt geen training en zal de behandeling zo blijven uitvoeren zoals ze voorheen ook al deed. Twee weken na de training zullen beide groepen de vragenlijst voor de nameting invullen (zie Bijlage F). Het invullen van de vragenlijsten voor de voor- en nameting zal ongeveer vijf minuten duren.

<sup>8</sup> Deelnemers aan dit onderzoek zijn geworven door Wiebren Markus en zijn allemaal werkzaam bij IrisZorg.



Tijdens de nameting wordt met een aantal vragen getoetst of zorgverleners uit de interventieconditie de sociaalpsychologische technieken uit de gespreksmodule hebben toegepast. Dit wordt gemeten door middel van vier vragen, een voorbeeld is: *In hoeverre heeft u eigen, goede beslissingen van uw cliënten (de afgelopen twee weken) positief bekrachtigd?*

## 4.2 Afhankelijke maten

De afhankelijke maten van dit onderzoek worden via de vragenlijst van de voor- en nameting uitgevraagd bij zorgverleners. Er zijn vier afhankelijke maten: *betrokkenheid* is de eerste, de andere drie: *gedrag (indirect)*, *indruk die de cliënt maakt tijdens het gesprek* en *het behalen van opgestelde behandeldoelen* zijn indicatoren van betrokkenheid.

*Betrokkenheid van de cliënt bij de eigen behandeling* wordt gemeten door één vraag: *'In hoeverre voelde uw cliënt zich (volgens u) betrokken bij zijn/haar eigen behandeling?'* *Gedrag (indirect)* is de mate waarin de cliënt tijdens het gesprek aan het woord was en wordt ook gemeten door één vraag: *'In hoeverre was uw cliënt aan het woord tijdens het gesprek?'* Beide vragen konden worden beantwoord op een 7-puntschaal die liep van *niet* (1) tot *helemaal* (7). *Het behalen van de opgestelde behandeldoelen* wordt ook met één vraag gemeten: *'Van alle behandeldoelen die gesteld zijn halen mijn cliënten samen gemiddeld:'* antwoorden is bij deze vraag mogelijk op een schaal die loopt van 10% tot 90%. *De indruk die de cliënt maakt tijdens het gesprek* wordt gemeten door zes vragen, deze vragen zijn terug te vinden in het procesmodel (zie Figuur 1). Een voorbeeldvraag is: *In hoeverre heeft de cliënt tijdens het gesprek zijn/haar eigen mening laten horen?* Deze vragen konden ook worden beantwoord op een 7-puntschaal die liep van *niet* (1) tot *helemaal* (7).


## 4.3 Analyseplan

Omdat *indruk die de cliënt maakt tijdens het gesprek* gemeten wordt door zes vragen zal hiervoor Cronbach's alfa berekend worden. Wanneer deze boven de .7 is worden deze vragen samengenomen als één schaal.

Er worden vier repeated measures ANOVA's gedaan met de afhankelijke maten als afhankelijke variabelen, *conditie (interventie/controle)* als tweensubjectfactor en *tijd (voormeting/nameting)* als withinsubjectfactor. Bij alle toetsen zal *functie van de zorgverlener* worden meegenomen als covariaat, om hiervoor te controleren.<sup>9</sup> *Betrokkenheid bij de behandeling* wordt apart getoetst omdat dit de overkoepelende factor is voor de andere drie afhankelijke maten. De overige drie afhankelijke maten: *gedrag, indruk die de cliënt maakt tijdens het gesprek en het behalen van opgestelde behandeldoelen* worden ook apart van elkaar getoetst omdat ze verschillende concepten meten. Daarnaast zal de *indruk die de cliënt maakt tijdens het gesprek* waarschijnlijk betrouwbaarder zijn omdat deze maat gemeten wordt met zes vragen en de andere maten maar met één vraag.

---

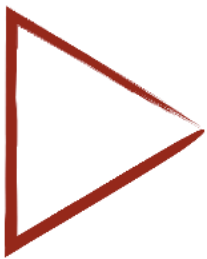
<sup>9</sup> Alle zorgverleners die deelnemen zijn ambulante behandelaar of maatschappelijk hulpverlener.



Omdat vier aparte toetsen gedaan worden, is er vier keer zoveel kans om een significant resultaat te vinden. Om hiervoor te corrigeren wordt het alfa-level van .05 gedeeld door vier. De toetsen zullen worden uitgevoerd met IBM SPSS statistics 24.0.0.0 (IBM Corp., 2016).

**Samengevat:** Deelnemers worden verdeeld over een interventie- en controlegroep. Er zal een voor- en een nameting zijn. Bij dit onderzoek zijn vier afhankelijke maten, de belangrijkste is: betrokkenheid. Er worden vier repeated measures ANOVA's gedaan met de afhankelijke maten als afhankelijke variabelen en conditie en tijd als onafhankelijke variabelen. Hiermee wordt onderzocht of de betrokkenheid van cliënten bij de behandeling verhoogd wordt door de ontwikkelde gespreksmodule.





## Hoofdstuk 5

# Resultaten en interpretatie

*In dit hoofdstuk wordt gekeken of de interventie een effect heeft gehad. Heeft de toepassing van de gespreksmodule een effect gehad op de mate waarin cliënten meebeslissen over de behandeling en op de betrokkenheid van cliënten bij de behandeling? De resultaten van huidig onderzoek worden besproken en geïnterpreteerd.*

### 5.1 Analyse en resultaten

Omdat er maar weinig deelnemers zijn kunnen de analyses van het analyseplan niet uitgevoerd worden. Het analyseplan is aangepast.<sup>10</sup>

De proefpersonen die de voor- en de nameting hebben ingevuld zijn niet dezelfde proefpersonen, sommige deelnemers hebben alleen een voormeting ingevuld en sommigen alleen een nameting. Om toch alle verzamelde data mee te nemen in de analyses is gekozen om aparte toetsen te doen op de data van de voormeting en de nameting. Er zijn voor zowel de voor- als de nameting drie t-toetsen gedaan met *betrokkenheid bij de behandeling*, *mate waarin de cliënt aan het woord was* en *behaalde opgestelde behandeldoelen* als afhankelijke variabelen en *conditie (interventie/controle)* als onafhankelijke variabele. Daarnaast is een MANOVA gedaan met *indruk die de cliënt maakt*

<sup>10</sup> Er zijn bij dit onderzoek te weinig deelnemers (6 deelnemers hebben de vragenlijst van de voormeting ingevuld en 9 deelnemers die van de nameting) en daardoor te weinig data om analyses te doen die betrouwbare resultaten opleveren. Voor onderwijsdoeleinden zullen toch analyses uitgevoerd worden. De resultaten zullen echter niet betrouwbaar zijn en op basis hiervan mogen dan ook geen conclusies worden getrokken.

*tijdens het gesprek* als afhankelijke variabele en *conditie (interventie/controle)* als onafhankelijke variabele. Er is een MANOVA gedaan omdat uit een betrouwbaarheidsanalyse is gebleken dat de losse items die samen de afhankelijke maat *indruk die de cliënt maakt tijdens het gesprek* vormen, niet samen genomen mogen worden als één factor (voormeting  $\alpha = -.117$ , nameting  $\alpha = .383$ ). Er wordt echter wel verwacht dat deze items in dezelfde richting zullen bewegen.

Voordat deze analyses zijn uitgevoerd zijn eerst proefpersonen met missende waarden verwijderd. Vervolgens is de assumptie van normaliteit getest, de data bleken voor veel items niet normaal verdeeld. Omdat er hiernaast ook maar weinig deelnemers zijn, mag geen parametrische toets gedaan worden (Ellis, J. L., 2006). Voor onderwijsdoeleinden is dit toch gedaan. Hieronder zijn de resultaten van deze toetsen weergegeven (zie Tabel 1 en 2).

Tabel 1. Resultaten van de t-toetsen en MANOVA van het praktijkonderzoek op de voormeting met betrekking tot het wel of niet toepassen van de ontwikkelde gespreksmodule.

Variabele	Interventieconditie	Controleconditie	Toetsing
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Betrokkenheid cliënt	6,33 (0,58)	5,00 (1,00)	$t(4) = 2,000, p = .116$
Gedrag (mate cliënt aan het woord)	5,00 (0,00)	4,67 (0,58)	$t(2) = 1,000, p = .423$
Behaalde behandeldoelen	60,00 (10,00)	60,00 (0,00)	$t(4) = 0,000, p = 1.000$
Indruk cliënt tijdens gesprek (multivariate test)	6,06 (0,19)	5,22 (0,38)	$F(4) = .667, p = .712, \eta^2 = .727$

$N_{\text{totaal}} = 6$  (3 interventieconditie, 3 controleconditie)

Tabel 2. Resultaten van de t-toetsen en MANOVA van het praktijkonderzoek op de nameting met betrekking tot het wel of niet toepassen van de ontwikkelde gespreksmodule.

Variabele	Interventieconditie	Controleconditie	Toetsing
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Betrokkenheid cliënt	5,50 (0,55)	5,67 (0,58)	$t(7) = -.424, p = .685$
Gedrag (mate cliënt aan het woord)	5,17 (0,41)	5,33 (0,58)	$t(7) = -.509, p = .626$
Behaalde behandeldoelen	60,00 (14,14)	63,33 (5,77)	$t(7) = -.382, p = .714$
Indruk cliënt tijdens gesprek (multivariate test)	5,67 (0,55)	5,83 (0,44)	$F(5) = .371, p = .838, \eta^2 = .650$

$N_{\text{totaal}} = 9$  (6 interventieconditie, 3 controleconditie)



## 5.2 Interpretatie van de resultaten

Op basis van bovenstaande resultaten mogen geen conclusies getrokken worden. De hypothesen die voor dit onderzoek zijn opgesteld (zie hoofdstuk 2.5) worden noch behouden, noch verworpen. Om dit te kunnen doen zal gelijksoortig onderzoek nodig zijn met meer deelnemers.

Wel kunnen we concluderen dat het lastig was om mensen werkzaam in de verslavingszorg zo ver te krijgen om de twee vragenlijsten (voor- en nameting) in te vullen. Ondanks dat dit maar ongeveer vijf minuten tijd in beslag nam hebben veel deelnemers de voormeting of de nameting niet ingevuld. Hiernaast was het vinden van deelnemers aan de training moeilijk, er zaten slechts acht deelnemers in de interventieconditie.

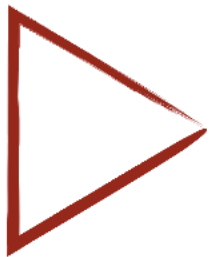
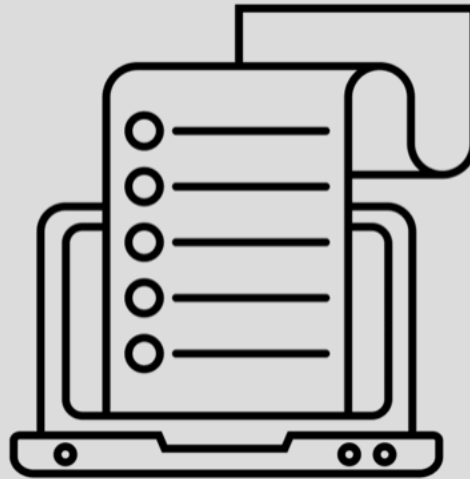
Dit kan een aantal oorzaken hebben. Mogelijk zijn zorgverleners niet gemotiveerd om deel te nemen aan huidig onderzoek. Echter waren deelnemers aan de training wel enthousiast over het onderwerp. Het is dus waarschijnlijker dat zorgverleners wel gemotiveerd zijn, maar geen tijd hadden voor huidig onderzoek. Bij de probleemanalyse bleek al dat zorgverleners het druk hebben. Een verslavingszorginstelling lijkt dus geen geschikte context voor het doen van een onderzoek als het huidige.

Hiernaast doen mensen het liefst zo weinig mogelijk moeite voor zaken (Rozin et al., 2011). Het invullen van vragenlijsten kost moeite, een makkelijkere optie is om de vragenlijst niet in te vullen, hier zullen zorgverleners dan ook eerder voor kiezen. Verder levert het zorgverleners niets op om de vragenlijsten in te vullen. Zorgverleners krijgen niet direct iets terug voor het invullen van de vragenlijst. Volgens het principe van wederkerigheid is dit wel belangrijk: 'voor wat, hoort wat' (Cialdini, 2007). Uitgaande van dit principe zullen zorgverleners eerder kiezen om de vragenlijsten niet in te vullen.

Er bestaan een aantal redenen die ervoor kunnen zorgen dat zorgverleners ervoor kiezen om de vragenlijsten niet in te vullen. In vervolgonderzoek zal rekening moeten worden gehouden met deze oorzaken, zodat het aantal ingevulde vragenlijsten zal toenemen.

**Samengevat:** Tijdens het praktijkonderzoek is gepoogd te onderzoeken of een gespreksmodule waarin sociaalpsychologische bestanddelen zijn opgenomen, zorgde voor meer betrokkenheid bij de eigen behandeling bij cliënten in de verslavingszorg. Er zijn echter zo weinig data, dat op basis van de resultaten geen conclusies mogen worden getrokken. Voor betrouwbare resultaten zal dit onderzoek moeten worden overgedaan met meer deelnemers.





## Hoofdstuk 6

### Aanvullend onderzoek

*Omdat op basis van het praktijkonderzoek geen conclusies kunnen worden getrokken over de werkzaamheid van de gespreksmodule, zal de module met een aanvullend onderzoek worden getest. In dit hoofdstuk wordt dit aanvullend onderzoek besproken.*

#### 6.1 Doel en hypothesen aanvullend onderzoek

Tijdens dit aanvullend onderzoek wordt via een vragenlijst de mening van klinisch psychologen en klinisch psychologen in opleiding gevraagd over de ontwikkelde gespreksmodule. Deelnemers krijgen at random ofwel de voor dit onderzoek ontwikkelde gespreksmodule te zien, of dezelfde gespreksmodule maar zonder de sociaalpsychologische technieken (zie Bijlage G) en vullen hierna een vragenlijst in.

Doel van dit onderzoek is om te erachter te komen of respondenten meer betrokkenheid verwachten bij cliënten bij de gespreksmodule met sociaalpsychologische bestanddelen (zoals ontwikkeld voor huidig onderzoek). Ook zal worden gekeken of respondenten meer belang hechten aan de verschillende sociaalpsychologische bestanddelen wanneer deze zijn opgenomen in de module. Hiernaast zal gevraagd worden hoe duidelijk en bruikbaar respondenten de gespreksmodule vinden.



## 6.1.1 Hypothesen

Er wordt verwacht dat:

- 2.1 De verwachte betrokkenheid hoger zal zijn voor de gespreksmodule met sociaalpsychologische bestanddelen, omdat deze zaken betrokkenheid bij cliënten zouden moeten verhogen.
- 2.2 De sociaalpsychologische bestanddelen als meer belangrijk worden beschouwd wanneer ze zijn opgenomen in de gespreksmodule, omdat respondenten dan aan deze bestanddelen herinnerd worden.
- 2.3 Er vergelijkbare gemiddelden voor duidelijkheid en bruikbaarheid worden gevonden in beide condities, omdat beide modules bestanddelen van al bestaande gespreksmodules bevatten.

## 6.2 Methode aanvullend onderzoek

### 6.2.1 Deelnemers en design

In totaal hebben 55 deelnemers alle vragen van de online vragenlijst beantwoord. 32 respondenten waren psycholoog, 1 was maatschappelijk hulpverlener en 18 waren masterstudenten gezondheidszorgpsychologie. 4 respondenten hebben een andere functie, maar doen in hun beroep wel gespreksvoering met cliënten. Respondenten zijn geworven via Facebook, LinkedIn en een mailgroep met psychologen van VNN<sup>11</sup>. Ze hebben vrijwillig meegedaan. De data van 36 proefpersonen is verwijderd.<sup>12</sup>

### 6.2.2 Materiaal en procedure


29 respondenten zaten in de experimentele conditie, zij hebben de gespreksmodule met sociaalpsychologische bestanddelen gezien (zie Bijlage G). 26 respondenten zaten in de controleconditie, zij hebben de gespreksmodule zonder sociaalpsychologische bestanddelen gezien (zie Bijlage G). Proefpersonen zijn willekeurig toegewezen aan één van de condities.

Voor het aanvullend onderzoek is een vragenlijst gebruikt die ingevuld werd via Qualtrics (2018) (zie Bijlage G). De vragenlijst bestaat uit 16 gesloten vragen, die beantwoord werden op een 7-puntschaal. Er is één vraag gesteld over de verwachte betrokkenheid van cliënten bij de behandeling. Daarnaast zijn vragen gesteld over de drie sociaalpsychologische technieken: drie vragen met betrekking tot de descriptieve norm, één vraag met betrekking tot self-efficacy en drie vragen met betrekking tot self-persuasion. Respondenten werd daarnaast gevraagd of ze de module overzichtelijk, geordend, duidelijk en nuttig vonden. Ook is gevraagd naar de functie van respondenten.

---

<sup>11</sup> VNN staat voor Verslavingszorg Noord Nederland, dit is één van de verslavingszorginstellingen die is aangesloten bij het NISPA.

<sup>12</sup> De data van 35 deelnemers is verwijderd omdat deze deelnemers niet alle vragen hebben beantwoord of omdat ze gedurende de vragenlijst zijn gestopt. Één deelnemer is verwijderd omdat deze persoon in de opmerkingen aangaf de antwoordschaal niet goed te begrijpen.



Er is niet gevraagd naar de drie factoren waarmee betrokkenheid werd geoperationaliseerd in het praktijkonderzoek. Dit is tijdens het aanvullend onderzoek niet mogelijk omdat deze factoren alleen onderzocht kunnen worden wanneer de module bij cliënten in de praktijk wordt gebracht.

## 6.3 Analyseplan aanvullend onderzoek

De data verzameld uit de vragenlijsten zijn geïmporteerd in IBM SPSS statistics 24.0.0.0 (IBM Corp., 2016). Eerst zijn proefpersonen met missende waarden verwijderd. Hierna is een factoranalyse gedaan om te onderzoeken of de items onder te verdelen zijn in schalen die overeenkomen met de te onderzoeken factoren (zie Bijlage H). Naar aanleiding van deze analyse is besloten om item 1 (*Ik denk dat door het toepassen van deze gespreksmodule de betrokkenheid van cliënten bij de behandeling verhoogd wordt*) apart te toetsen. De andere vragen zijn onderverdeeld in vijf schalen, die de volgende namen hebben gekregen: *Bruikbaarheid van de module* ( $\alpha = .875$ ), *Duidelijkheid van de module* ( $\alpha = .865$ ), *Belang van het uitspreken van behandeldoelen* ( $\alpha = .874$ ), *Belang van positieve feedback* ( $\alpha = .762$ ) en *Belang van normen* ( $\alpha = .732$ ). De data zijn gecontroleerd op normaliteit en homogeniteit, de normaliteit bleek geschonden te zijn. Ondanks dat de normaliteit geschonden is, is er toch voor gekozen om parametrische toetsen te doen omdat N groter is dan 30 (Ellis, 2006).

Ten eerste is een t-toets gedaan met *conditie (experimenteel/controle)* als onafhankelijke variabele en *verwachte betrokkenheid van de cliënt bij de eigen behandeling* als afhankelijke variabele. Deze toets is gedaan omdat betrokkenheid van de cliënt de belangrijkste factor is die verhoogd zou moeten worden door het toepassen van de gespreksmodule.

Vervolgens is een MANOVA uitgevoerd met *conditie (experimenteel/controle)* als onafhankelijke variabele en het *belang van het uitspreken van behandeldoelen*, *belang van positieve feedback* en *belang van normen* als afhankelijke variabelen. Er wordt namelijk verwacht dat deze drie factoren allemaal hoger zullen zijn in de experimentele conditie dan in de controleconditie. Met deze toets zal worden getest of respondenten de drie sociaalpsychologische factoren als belangrijker zullen beoordelen wanneer deze wel zijn opgenomen in de gespreksmodule, dan wanneer deze factoren niet zijn opgenomen.

Als laatste is een MANOVA gedaan met opnieuw *conditie (experimenteel/controle)* als onafhankelijke variabele en *bruikbaarheid van de module* en *duidelijkheid van de module* als afhankelijke variabelen. Deze toets is gedaan om na te gaan of psychologen en psychologen in opleiding de beide modules even duidelijk en bruikbaar vinden. Wanneer dit voor beide modules gelijk is kan worden uitgesloten dat duidelijkheid en bruikbaarheid een invloed hebben op eventuele verschillen in beoordeling tussen de modules.

## 6.4 Resultaten aanvullend onderzoek

In tabel 3 zijn de resultaten van het aanvullend onderzoek te zien. In deze tabel is te zien dat op de zes afhankelijke variabelen geen significante verschillen gevonden zijn tussen de interventieconditie en de controleconditie.

Tabel 3. Resultaten van de t-toets en MANOVA's van het aanvullend onderzoek met betrekking tot de gespreksmodule met en zonder sociaalpsychologische bestanddelen.

Variabele	Interventieconditie	Controleconditie	Toetsing
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Verwachte betrokkenheid	5,07 (1,22)	5,08 (0,85)	$t(53) = -.028, p = .978$
<b>Multivariate tests</b>			$F(2,52) = 1.43, p = .249, \eta^2 = .052$
Bruikbaarheid module	4,72 (1,04)	4,95 (0,86)	-
Duidelijkheid module	4,74 (1,27)	5,21 (0,68)	-
<b>Multivariate tests</b>			$F(3,51) = 1.097, p = .359, \eta^2 = .061$
Belang uitspreken behandeldoelen	6,24 (0,86)	6,24 (0,60)	-
Belang positieve feedback	6,33 (0,58)	6,13 (0,71)	-
Belang normen	4,31 (1,40)	3,88 (1,42)	-

## 6.5 Conclusie aanvullend onderzoek

### 6.5.1 Verwachte betrokkenheid


Er is geen significant verschil in de verwachte betrokkenheid. Psychologen en psychologen in opleiding verwachten niet dat cliënten meer betrokken zullen zijn bij de behandeling wanneer de sociaalpsychologische bestanddelen opgenomen zijn in de gespreksmodule, dan wanneer deze bestanddelen niet zijn opgenomen. Voorafgaand aan dit onderzoek werd verwacht dat dit wel zo zijn: hypothese 2.1 wordt verworpen.

### 6.5.2 Belang sociaalpsychologische bestanddelen

Er is geen significant verschil tussen de gespreksmodule met en zonder sociaalpsychologische bestanddelen met betrekking tot het belang van het uitspreken van behandeldoelen, het belang van positieve feedback en het belang van normen. Dit betekent dat respondenten deze zaken niet belangrijker vonden wanneer ze wel vermeld stonden in de gespreksmodule, dan wanneer dit niet zo was. Van tevoren werd dit wel verwacht: hypothese 2.2 wordt verworpen.

### 6.5.3 Effect van duidelijkheid en bruikbaarheid

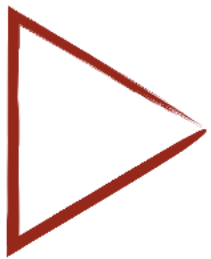
Er bleek geen significant verschil te zijn in duidelijkheid tussen beide modulen, beide modulen waren duidelijk voor deelnemers. De module met werkzame bestanddelen scoorde gemiddeld 4,73 op een 7-puntschaal en de module zonder werkzame bestanddelen 5,21.



Ditzelfde geldt voor de bruikbaarheid van de module. Respondenten vonden de module met sociaalpsychologische bestanddelen ( $M = 4,72$ ) niet significant bruikbaar dan de module zonder sociaalpsychologische bestanddelen ( $M = 4,95$ ). Hiermee is hypothese 2.3 bevestigd: er zijn inderdaad vergelijkbare gemiddelden gevonden voor duidelijkheid en bruikbaarheid in beide condities. Eventuele verschillen tussen de condities zijn niet afhankelijk van de bruikbaarheid of duidelijkheid van de modules.

**Samengevat:** Dit onderzoek is gedaan als aanvulling op het praktijkonderzoek. Met een online vragenlijst is onderzocht of respondenten een aantal factoren anders beoordeelden na het zien van de gespreksmodule met of zonder werkzame bestanddelen. De modules scoorden naar verwachting gelijk op duidelijkheid en bruikbaarheid. Tegen de verwachting in scoorden de modules ook niet significant verschillend op verwachte betrokkenheid en het belang van de sociaalpsychologische bestanddelen.





## Hoofdstuk 7

# Reflectie op de onderzoeken

*In dit hoofdstuk wordt gereflecteerd op het praktijk- en aanvullend onderzoek. Eerst zal beschreven worden hoe de resultaten van beide onderzoeken elkaar aanvullen. Vervolgens zal kritisch gekeken worden naar de onderzoeksopzet en tot slot zal de theoretische relevantie van huidig onderzoek besproken worden.*

### **Integratie van beide onderzoeken**

Op basis van de resultaten van het praktijkonderzoek kunnen geen conclusies worden getrokken. Echter zijn uit de resultaten van het aanvullend onderzoek interessante inzichten gekomen die kunnen verklaren waarom maar weinig zorgverleners de vragenlijsten hebben ingevuld.



## 7.1 Waarom lijken zorgverleners minimaal met huidig onderzoek bezig?

### 7.1.1 Waarderen zorgverleners de gespreksmodule niet?

#### **7.1.1.1 Scepticisme**

Het kan zijn dat zorgverleners sceptisch zijn over gebruik van gespreksmodules in het algemeen. Ze kunnen denken dat het gebruik van gespreksmodules niet leidt tot een verhoogde betrokkenheid. Bij deze vorm van weerstand geloven mensen simpelweg niet dat de voorgestelde verandering een effect zal hebben (Pratkanis, 2007).

Zorgverleners kunnen daarnaast ook sceptisch zijn over de werking van de sociaalpsychologische technieken. Ze geloven dan niet in het feit dat sociaalpsychologische technieken een effect kunnen hebben op de betrokkenheid van cliënten.


#### **7.1.1.2 Reactance**

Een andere vorm van weerstand die kan optreden bij zorgverleners tegen de gespreksmodule is reactance. Er bestaan al veel gespreksmodules in de zorgverlening. Zorgverleners kunnen door weer een nieuwe gespreksmodule het idee krijgen dat ze nog meer moeten, terwijl er al veel eisen zijn waaraan ze moeten voldoen binnen hun baan. Reactance is een vorm van weerstand die ontstaat wanneer mensen het idee hebben dat ze worden beperkt in hun vrijheid (Brehm, 1966; Pratkanis, 2007).

Ook kan reactance optreden tegen de sociaalpsychologische technieken die zijn opgenomen in de gespreksmodule. Dit kan ontstaan doordat zorgverleners graag consistent zijn in hun manier van gespreksvoering tijdens de behandeling. Ze hebben voor zichzelf gekozen om een bepaalde manier van gespreksvoering toe te passen, waarschijnlijk omdat ze vinden dat dit een goede manier is, ze willen dit graag blijven toepassen (Freedman & Fraser, 1966). Wanneer zorgverleners dan een gespreksmodule onder ogen krijgen die een andere manier voorstelt, kan het zijn dat ze dit ervaren als een gebrek aan vrijheid waardoor reactance ontstaat.

#### **7.1.1.3 Weerstand verminderen**

Scepticisme en reactance kunnen verminderd worden door zorgverleners een training te geven zoals tijdens het praktijkonderzoek. Om zorgverleners deel te laten nemen aan de training zal hier vanuit de instelling tijd voor moeten worden vrijgemaakt in de agenda van zorgverleners. Tijdens deze training kan worden uitgelegd hoe de sociaalpsychologische technieken werken en kan verteld worden dat cliënten hiermee geholpen kunnen worden. Om reactance jegens de gespreksmodule te verminderen is het goed om hiernaast de weerstand van zorgverleners te erkennen (Pratkanis, 2007).



## 7.1.2 Waarom hebben zorgverleners weinig gereageerd op vragenlijsten?

### **7.1.2.1 Gespreksmodule onbegrijpelijk?**

Mogelijk hebben zorgverleners weinig gereageerd op de vraag of ze vragenlijsten wilden invullen, omdat ze de gespreksmodule niet begrepen. Echter blijkt uit het aanvullend onderzoek dat psychologen en psychologen in opleiding de module wel duidelijk vonden. De doelgroep van het aanvullend onderzoek verschilt van de doelgroep van het praktijkonderzoek, maar deze groepen zijn wel vergelijkbaar. Er wordt dus verwacht dat de zorgverleners die hebben deelgenomen aan het praktijkonderzoek de gespreksmodule ook duidelijk vonden en begrepen. Onbegrijpelijkheid zal waarschijnlijk geen oorzaak zijn voor het feit dat zorgverleners weinig gereageerd hebben op de vraag of ze vragenlijsten wilden invullen.

### **7.1.2.2 Belang sociaalpsychologische technieken onduidelijk?**

Een andere oorzaak voor het lage aantal reacties van zorgverleners tijdens het praktijkonderzoek kan zijn dat zorgverleners het belang van de sociaalpsychologische technieken niet zien. Ze zullen de module dan waarschijnlijk niet interessant vinden en ook minder snel meewerken aan het onderzoek. Uit de resultaten van het aanvullend onderzoek blijkt echter dat het *belang van het uitspreken van behandeldoelen* en het *belang van positieve feedback* door respondenten wel hoog beoordeeld wordt. Respondenten lijken deze onderwerpen dus wel belangrijk te vinden. Voor het *belang van normen* ligt dit anders.

#### *Belang van uitspreken behandeldoelen en positieve feedback*

Er is geen verschil tussen condities gevonden wat betreft het *belang van het uitspreken van behandeldoelen* en het *belang van positieve feedback* in het aanvullend onderzoek. Dit komt waarschijnlijk omdat hier het plafondeffect al bereikt is. In beide condities vinden respondenten deze factoren belangrijk. Het maakte hiervoor niet uit of er punten in de gespreksmodule waren opgenomen om deze factoren te benadrukken.

Zowel in de interventieconditie als in de controleconditie gaven respondenten het *belang van het uitspreken van behandeldoelen* een gemiddelde van 6,24 op een 7-puntschaal. Het *belang van het geven van positieve feedback* had in de interventieconditie een gemiddelde score van 6,33 en in de controleconditie was dit 6,13 op een 7-puntschaal. Omdat deze scores al zo hoog zijn kunnen deze bijna niet meer verhoogd worden door een gespreksmodule met sociaalpsychologische bestanddelen, waardoor deze factoren benadrukt worden. Hierdoor is er bijna geen mogelijkheid om een significant verschil te vinden tussen de twee condities.

Een oorzaak voor het feit dat deze waarden in zowel de interventie- als de controleconditie zo hoog liggen kan zijn dat er vooral mensen mee hebben gedaan aan het aanvullend onderzoek die dit onderwerp interessant vinden. De vragenlijst is online verspreid, mensen die deze voorbij hebben zien komen konden zelf bepalen of ze mee wilden doen of niet.



### *Belang van normen*

Respondenten vinden het *belang van normen* in beide condities van het aanvullend onderzoek niet belangrijk. In de interventieconditie was de gemiddelde score 4,31 en in de controleconditie 3,88 op een 7-puntschaal. Dit verschil is niet significant.

Een verklaring voor het feit dat er geen verschil is gevonden tussen de condities, is dat het effect wat het gebruik van de descriptieve norm kan hebben niet bekend is bij respondenten. Het kan zijn dat respondenten niet weten dat het benadrukken van de descriptieve norm ervoor kan zorgen dat cliënten meer gaan meebeslissen over de behandeling en hierdoor meer betrokken raken bij de behandeling. Tijdens de training gegeven bij IrisZorg (behorend bij het praktijkonderzoek) kwamen er verbaasde reacties op het effect dat normen kunnen hebben. Verschillende zorgverleners die aanwezig waren vertelden dat ze niet hadden verwacht dat het gebruik van normen kon helpen tijdens behandelingen in de verslavingszorg. Hier mag echter niet te zwaar aan worden getild, omdat aan de training maar acht zorgverleners meededen en zij mogelijk niet representatief zijn voor alle zorgverleners werkzaam in de gezondheidszorg.

Wanneer zorgverleners niet weten dat het gebruik van de descriptieve norm kan leiden tot meer betrokkenheid bij cliënten, is het belangrijk dat dit hen duidelijk wordt gemaakt. Om deze reden is het goed dat tijdens het praktijkonderzoek een training is gegeven over de toepassing van de module en onder andere het belang van de descriptieve norm. Hierdoor wordt de kans groter dat zorgverleners deze techniek gaan toepassen tijdens de gespreksvoering.

#### **7.1.2.3 Geen tijd?**

Nu bovenstaande oorzaken kunnen worden uitgesloten op basis van de resultaten van het aanvullend onderzoek, komen we terug op een eerdergenoemde oorzaak voor het feit dat zorgverleners weinig vragenlijsten hebben ingevuld. Het lijkt aannemelijk dat zorgverleners geen tijd hebben om deel te nemen aan onderzoeken zoals het huidige. Wanneer vervolgonderzoek wordt gedaan onder zorgverleners werkzaam in een verslavingszorginstelling kan hier rekening mee worden gehouden.


### 7.1.3 Hoe komen we toch aan data?

Als zorgverleners geen tijd hebben om deel te nemen aan onderzoek, dan zullen er andere manieren moeten worden gevonden om data te verzamelen. Hoe komen we aan data zonder dat zorgverleners vragenlijsten hoeven in te vullen?

#### **7.1.3.1 Gesprekken opnemen**

Eén van de afhankelijke maten om betrokkenheid te meten is *gedrag (indirect)*. Dit werd tijdens het praktijkonderzoek gemeten met één vraag: *'In hoeverre was uw cliënt aan het woord tijdens het gesprek?'* Dit is een subjectieve manier om gedrag te meten en dus is deze manier van meten niet volledig betrouwbaar.

Om erachter te komen welk deel van het gesprek de cliënt aan het woord is kunnen gesprekken opgenomen worden. Wanneer dan door computer algoritmen te gebruiken geregistreerd wordt welk deel van het gesprek de cliënt aan het woord is, hebben we hier



een objectief en betrouwbaar beeld van. Ook is deze manier van het analyseren van data volledig anoniem. Er zal op deze manier nooit bekend worden wat zorgverlener en cliënt hebben besproken.

### **7.1.3.2 Behaalde behandeldoelen opvragen**

Een andere afhankelijke maat om betrokkenheid te meten tijdens het praktijkonderzoek was het *percentage behaalde behandeldoelen* van alle opgestelde behandeldoelen. Ook dit is subjectief gemeten door de volgende vraag aan zorgverleners te stellen: *'Van alle behandeldoelen die gesteld zijn halen mijn cliënten samen gemiddeld (schatting).'*' Deze manier van meten is opnieuw subjectief en niet volledig betrouwbaar. Het zou dus goed zijn om ook dit op een andere manier te meten.

Wanneer een instelling registreert hoeveel van de opgestelde behandeldoelen gehaald worden zouden deze voor onderzoeken zoals het huidige praktijkonderzoek opgevraagd kunnen worden.<sup>13</sup> Deze data moeten hiervoor wel geanonimiseerd worden. Als deze data verkregen kunnen worden, hebben we een betrouwbaar en objectief beeld van het percentage behaalde behandeldoelen.

## **Kritische reflectie op de onderzoeksopzet**

Het design van het praktijkonderzoek, zoals van tevoren opgesteld, was mooi. Er zou een interventie- en een controlegroep zijn en zowel een voor- als een nameting. Wanneer er genoeg deelnemers waren geweest hadden op basis van de resultaten sterke conclusies getrokken kunnen worden. Toch zaten er ook mindere kanten aan de huidige onderzoeksopzet, daarom zal deze in dit hoofdstuk kritisch gereflecteerd worden.

## **7.2 Validiteit**


Er zijn veel algemene punten die ervoor kunnen zorgen dat de interne en externe validiteit binnen een onderzoek hoog of laag zijn. Omdat deze punten op vrijwel ieder onderzoek kunnen worden toegepast zullen deze hier niet besproken worden.

### **7.2.1 Validiteit van de meting van betrokkenheid**

Wat wel interessant is, is de validiteit van de meting van betrokkenheid. *Betrokkenheid van de cliënt bij de eigen behandeling* is gemeten door één vraag: *'In hoeverre voelde uw cliënt zich (volgens u) betrokken bij zijn/haar eigen behandeling?'* Daarnaast werd deze betrokkenheid geoperationaliseerd door drie andere afhankelijke maten: *gedrag (indirect)*, *indruk die de cliënt maakt tijdens het gesprek* en *het behalen van opgestelde behandeldoelen*. Interessant is om te kijken of deze drie afhankelijke maten correleren met

---

<sup>13</sup> Vanwege de korte tijdspanne van huidig onderzoek was het niet mogelijk om dergelijke gegevens op te vragen.



*betrokkenheid van de cliënt bij de eigen behandeling*. Dit kan onderzocht worden door in SPSS de correlaties tussen deze afhankelijke maten op te vragen.<sup>14</sup>

Het is interessant om te weten of de drie afhankelijke maten echt indicatoren vormen voor betrokkenheid. Wanneer dit zo is, is een manier gevonden om op een betrouwbare manier *betrokkenheid van de cliënt bij de behandeling* te meten. Namelijk door middel van meerdere indicatoren in plaats van door slechts één vraag. Wanneer de drie afhankelijke maten geen indicatoren blijken te vormen voor betrokkenheid, zal verder gezocht moeten worden naar een manier om *betrokkenheid van de cliënt bij de eigen behandeling* te meten.

## Theoretische relevantie van huidig onderzoek

Tijdens dit onderzoek is gepoogd om de betrokkenheid van cliënten bij de behandeling in de verslavingszorg te verhogen door het toepassen van een gespreksmodule met sociaalpsychologische technieken. Er zijn werkzame bestanddelen van bestaande modules overgenomen, deze zijn voor het eerst gecombineerd met sociaalpsychologische technieken. Er is niet uit de resultaten gebleken dat de betrokkenheid van cliënten ook daadwerkelijk verhoogd is. Maar toch zijn uit dit onderzoek een aantal interessante inzichten naar voren gekomen.

Ten eerste is uit het aanvullend onderzoek gebleken dat zorgverleners het belang van *positieve feedback* en het de *cliënt zelf laten uitspreken van behandeldoelen* al hoog beoordelen. Vooraf hebben we gezien dat aanmoediging door de zorgverlener belangrijk is voor de betrokkenheid van de cliënt bij de behandeling. Het is dus goed dat zorgverleners dit eerste punt al als belangrijk zien. Voor vervolgonderzoek zijn beide punten ook belangrijk, nu bekend is dat zorgverleners deze kennis al hebben, kan meer gefocust worden op andere technieken die betrokkenheid van cliënten kunnen verhogen.

Hiernaast is bij het aanvullend onderzoek gevonden dat psychologen en psychologen in opleiding de module met sociaalpsychologische technieken erin net zo duidelijk en bruikbaar vinden als dezelfde module zonder sociaalpsychologische technieken. Dit is een eerste stap in onderzoek naar het uitbreiden van gespreksmodules. Het toevoegen van elementen aan een gespreksmodule is blijkbaar mogelijk zonder dat de module voor gebruikers minder duidelijk of bruikbaar wordt. Voor verder onderzoek naar het aanpassen van gespreksmodules, om de betrokkenheid van cliënten bij de behandeling te verhogen, is dit belangrijk om te weten.

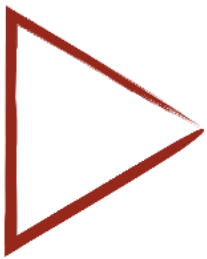
---

<sup>14</sup> Omdat tijdens het praktijkonderzoek maar zes zorgverleners de vragenlijst van de voormeting hebben ingevuld, en maar negen de vragenlijst van de nameting, is het voor dit onderzoek niet zinvol om deze correlaties op te vragen. Met meer deelnemers zou het interessant geweest zijn om hiernaar te kijken.



**Samengevat:** De resultaten van het praktijkonderzoek en het aanvullend onderzoek vullen elkaar goed aan. De belangrijkste oorzaak voor het lage aantal ingevulde vragenlijsten is waarschijnlijk dat zorgverleners weinig tijd hebben. Om toch aan data te komen zouden we in de toekomst beter kunnen zorgen dat we hiervoor minder afhankelijk zijn van zorgverleners.

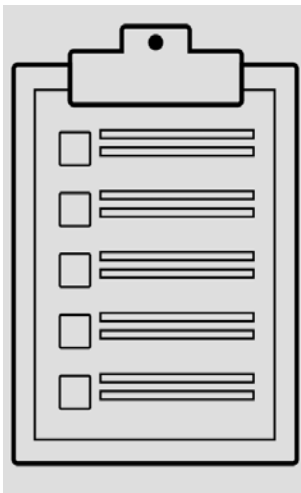




## Hoofdstuk 8 Aanbevelingen

*Nu de resultaten van huidig onderzoek bekend zijn, kunnen aanbevelingen worden gedaan over het doen van onderzoek naar het toepassen sociaalpsychologische technieken in gespreksmodules voor de verslavingszorg.*

### 1 Zoek andere manieren om data te verzamelen, zodat je hierin minder afhankelijk bent van zorgverleners.



Het was tijdens het praktijkonderzoek niet ideaal om afhankelijk te zijn van zorgverleners bij het doen van metingen. Zorgverleners vulden vaak de vragenlijsten niet in en er werden subjectieve data verzameld. Het zou beter zijn om bij het doen van metingen minder afhankelijk te zijn van zorgverleners en daarnaast objectieve data te verzamelen. Dit kan gedaan worden door behandelgesprekken op te nemen. Hier kan dan uitgehaald worden welk deel van het gesprek de cliënt aan het woord is. Ook zouden gegevens van de instelling opgevraagd kunnen worden over welk deel van de opgestelde behandeldoelen behaald is door cliënten. Twee van de afhankelijke maten van het praktijkonderzoek kunnen dan objectief gemeten worden en we zijn minder afhankelijk van zorgverleners bij het verzamelen van data.



## 2 Maak het belang en de bruikbaarheid van de descriptieve norm duidelijk aan zorgverleners.



Uit het aanvullend onderzoek blijkt dat veel psychologen en psychologen in opleiding niet weten dat het gebruik van de descriptieve norm belangrijk kan zijn voor de betrokkenheid van de cliënt bij de eigen behandeling. Het wetenschappelijk bewijs voor het gebruik van normen is echter overtuigend. Om ervoor te zorgen dat zorgverleners de descriptieve norm gaan toepassen in de gespreksvoering, zal hen duidelijk gemaakt moeten worden dat deze techniek belangrijk is en daarnaast makkelijk kan worden toegepast. Om deze reden wordt het geven van een training, zoals gedaan bij het praktijkonderzoek, aangeraden voordat zorgverleners de gespreksmodule in de praktijk gaan toepassen.

## 3 Zorg van tevoren dat deelnemers de tijd hebben/nemen om deel te nemen aan je onderzoek.



Tijdens de oriënterende fase van dit onderzoek leken zorgverleners enthousiast over het onderwerp. Ze lieten blijken het belangrijk te vinden dat cliënten bij de eigen behandeling betrokken worden en gaven veel input in overleggen en interviews. Echter toen de gespreksmodule ontwikkeld was en deelnemers geworven moesten worden voor de interventie- en de controleconditie van het praktijkonderzoek, bleek dit lastig te zijn. Er waren maar weinig deelnemers aan de training, die wel belangrijk is voor het toepassen van de gespreksmodule (zie aanbeveling 2). Zorgverleners hadden geen tijd om deel te nemen aan huidig onderzoek. Wanneer men een onderzoek wil doen onder zorgverleners werkzaam in de verslavingszorg wordt aangeraden om van tevoren inventariseren of zorgverleners hier tijd voor hebben. Als ze maar weinig tijd hebben wordt aangeraden om ervoor te zorgen dat zorgverleners bijvoorbeeld tijd krijgen vanuit de instelling of bepaalde taken niet hoeven te doen om toch mee te kunnen doen aan het onderzoek. Zorg hierbij dus voor samenwerking met de instelling.



## 9. Referentielijst

- Aronson, E. (1999). The power of self-persuasion. *American Psychologist*, *54*(11), 875-884. doi: 10.1037/h/0088188
- Arora, N. K. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science and Medicine*, *57*(5), 791-806. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00449-5
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. & Kudelka, A. P. (2000). A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, *5*(4), 302-311. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215. Geraadpleegd van: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>
- Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, A. L. & Frankel, R. M. (1994). The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff despositions. *Archives of Internal Medicine*, *154*(12), 1365-1370. doi: 10.1001/archinte.1995.00430050123014
- Bosari, B. & Carey, K. B. (2003). Descriptive and injunctive norms in college drinking: A meta-analytic integration. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *64*(3), 331-341. Geraadpleegd van: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2431131/>
- Braun, R. L. (2000) The effect of time pressure on auditor attention to qualitative aspects of misstatements indicative of potential fraudulent financial reporting. *Accounting, Organizations and Society*, *25*(3), 243-259. doi: 10.1016/S0361-3682(99)00044-6
- Brehm, J. W. (1966). *A theory of psychological reactance*. Oxford, England: Academic Press.
- Brehm, S. S. & Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: a theory of freedom and control*. Oxford, England: Academic Press.
- Chen, W. T., Starks, H., Shiu, C. S., Fredriksen-Goldsen, K. Simoni, J., Zhang, F., Pearson, C. & Zhao, H. (2007). Chinese HIV-positive patients and their healthcare providers: contrasting Confucian versus Western notions of secrecy and support. *Advances in Nursing Science*, *30*(4), 329-342. doi: 10.1097/01.ANS.0000300182.48854.65
- Cialdini, R. B. (2001). *Influence: Science and practice* (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Cialdini, R. B. (2007). *Influence: The psychology of persuasion*. New York, NY: HarperCollins Publishers Inc.
- De Beurs, E. & Emmelkamp, P. (2013). Van mislukking naar succes in de psychotherapie. In *Routine Outcome Monitoring* (pp. 69-92). Amsterdam, Nederland: Boom.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York, NY: Plenum.
- DiMatteo, M. R. (1998). The role of the physician in the emerging health care environment. *Western Journal of Medicine*, *168*(5), 328-333. Geraadpleegd van: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1304975/?page=1>
- Duffy, D. F., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K. & Frankel, R. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II Report. *Academic Medicine*, *79*(6), 495-507. doi: 10.1097/00001888-200406000-00002
- Ellis, J. L. (2006). *Statistiek voor de psychologie. GLM en non-parametrische toetsen*. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij Boom.
- Fong Ha, J., Anat, D. S. & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner Journal*, *10*(1), 38-43. Geraadpleegd van: <http://www.ochsnerjournal.org/doi/pdf/10.1043/TOJ-09-0040.1?code=occl-site>
- Freedman, J. L. & Fraser, S. C. (1966). Compliance without pressure: The foot-in-the-door technique. *Journal of Personality and Social Psychology*, *4*(2), 195-202. doi: 10.1037/h0023552
- Godolphin, W. (2009). Shared decision-making. *Healthcare Quarterly*, *12*(2009), 186-190. doi: 10.12927/hcq.2009.20947



- Goldstein, N. J., Cialdini, R. B. & Griskevicius, V. (2008). A room with a viewpoint: Using social norms to motivate environmental conservation in hotels. *Journal of Consumer Research*, 35(3), 472-482. doi: 10.1086/586910
- Greenfield, S., Kaplan, S. H., Ware, J. E., Yano, E. M. & Frank, H. J. (1988). Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *Journal of General Internal Medicine*, 3(5), 448-457. Geraadpleegd van: [https://www.researchgate.net/publication/20106251\\_Greenfield\\_S\\_Kaplan\\_SH\\_Ware\\_Jr\\_JE\\_Yano\\_EM\\_Frank\\_HJPatients%27\\_participation\\_in\\_medical\\_care\\_effects\\_on\\_blood\\_sugar\\_control\\_and\\_quality\\_of\\_life\\_in\\_diabetes\\_J\\_Gen\\_Intern\\_Med\\_3\\_448-457](https://www.researchgate.net/publication/20106251_Greenfield_S_Kaplan_SH_Ware_Jr_JE_Yano_EM_Frank_HJPatients%27_participation_in_medical_care_effects_on_blood_sugar_control_and_quality_of_life_in_diabetes_J_Gen_Intern_Med_3_448-457)
- Hall, J. A., Roter, D. L. & Rand, C. S. (1981). Communication of affect between patient and physician. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(1), 18-30.
- Helmus, K., Bezemer, M., Pijnenborg, M. & Slooff, C. (2011). Shared decision making binnen de zorg voor mensen met psychose. *Psychopraktijk*, 3(6), 30-34.
- Herndon, J. H. & Pollick, K. J. (2002). Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 84(2), 309-315. doi: 10.2106/00004623-200202000-00019
- IBM Corp. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Joosten, E. A. G., DeFuentes-Merillas, L., De Weert, G. H., Sensky, T., Van der Staak, C. P. F. & De Jong, C. A. J. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2008(77), 219-226. doi: 10.1159/000126073
- Joosten, E. A. G., Jaspers, J., Dijkstra, B. & De Jong, C. A. J. (2015). Samen beslissen in de ggz en verslavingszorg. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 2015(3), 18-20. Geraadpleegd van: <http://www.vvgi.nl/include/files/Publicaties/Samenbeslissen.pdf.pdf>
- Krueger, N. F. & Dickson, P. R. (1994). How Believing in Ourselves Increases Risk Taking: Perceived Self-Efficacy and Opportunity Recognition. *Decision Sciences*, 25(3). doi: 10.1111/j.1540-5915.1994.tb00810.x
- Laane, R. & Luijk, R. (2012). ROM en positie van zorgverzekeraars. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(2), 135-139. Geraadpleegd van: [http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP12-02\\_p135-139.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP12-02_p135-139.pdf)
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K. & Payne, S. (2001). Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *British Medical Journal*, 322(7284), 468-472. doi: 10.1136/bmj.322.7284.468
- Maurer, J. M. G. & Westermann, G. M. A. (2007). *Beter communiceren in de hulpverlening. Het Dialoogmodel als leidraad*. Houten, Nederland: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Miller, R. L. & Wozniak, W. (2001). Counter-attitudinal advocacy: Effort vs. self-generation of arguments. *Current Research in Social Psychology*, 6(4), 46-55. Geraadpleegd van: <https://uiowa.edu/crisp/crisp/sites/uiowa.edu.crisp/files/6.4.pdf>
- Müller, B. C. N., Baaren, R. B. van, Ritter, S. M., Woud, M. L., Bergmann, H., Harakeh, Z., Engels, R. C. M. E. & Dijksterhuis, A. J. (2009). Tell me why ... The influence of self-involvement on short term smoking behaviour. *Addictive Behaviors*, 34(5), 427-431. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.12.016
- Noom, M. J., De Jong, K., Tiemens, B., Kamsteeg, F., Markus, M. T., Pot, A. M., Schippers, G. M., Swildens, W., Sytma, S., Theunissen, J., Van der Vlist, H. P., Vuyk, J. & Zondervan, J. (2012). Routine outcome monitoring en benchmarking: hoe kunnen we behandelresultaten op een zorgvuldige manier vergelijken? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(2), 141-147. Geraadpleegd van: [http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP12-02\\_p141-145.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP12-02_p141-145.pdf)
- Nuy, M. H. R. & Bex, J. H. M. (1986). *Aspekten van de gezondheidszorg*. Nijmegen: Instituut Sociale Geneeskunde, Afdeling Gezondheidszorgonderzoek, Universiteit Nijmegen.
- Ouwens, M. (z.j.). Patiënt aan het roer of toch geld? [Web log post]. Geraadpleegd van <http://www.iqhealthcare.nl/nl/kennisbank/blog/patiënt-aan-het-roer-of-toch-het-geld/>



- Pratkanis, A. R., (2007). *The Science of Social Influence: Advances and future progress*. New York: Psychology Press.
- Qualtrics. (2018). Provo, UT, USA. Geraadpleegd van: <https://www.qualtrics.com>
- Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G. & Salisbury, C. (2009). The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *British Journal of General Practice*, 59(561), 116-133. doi: 10.3399/bjgp09X420248
- Robinson, E., Thomas, J., Aveyard, P. & Higgs, S. (2014). What everyone else is eating: A systematic review and meta-analysis of the effect of informational eating norms on eating behavior. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(3), 414-429. doi: 10.1016/j.jand.2013.11.009
- Roter, D. L. (1983). Physician/patient communication: transmission of information and patient effects. *Maryland State Medical Journal*, 32(4), 260-265.
- Rozin, P., Scott, S. E., Dingley, M., Urbanek, J. K., Jiang, H. & Kaltenbach, M. (2011). Nudge to nobesity I : minor changes in accessibility decrease food intake. *Judgement and Decision Making*, 6(4), 323-332. Geraadpleegd van: [https://pdfs.semanticscholar.org/d602/0c204a5dff13caeacc7ed4c47aed7143e53d.pdf?\\_ga=2.183357478.1614995599.1530100035-2075527561.1508745518](https://pdfs.semanticscholar.org/d602/0c204a5dff13caeacc7ed4c47aed7143e53d.pdf?_ga=2.183357478.1614995599.1530100035-2075527561.1508745518)
- Schmutte, T., Flanagan, E., Bedregal, L., Ridgway, P., Sells, D., Styron, T. & Davidson, L. (2008). Self-efficacy and self-care: missing ingredients in health and healthcare among adults with serious mental illnesses. *Psychiatric Quarterly*, 80(1), 1-8. doi: 10.1007/s11126-008-9088-9
- Sobel, D. S. (1995). Rethinking medicine: improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. *Psychosomatic Medicine*, 57(3), 234-244. doi: 10.1097/00006842-199505000-00005
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W. & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804. Geraadpleegd van: [https://www.researchgate.net/profile/Wayne\\_Weston/publication/12292586\\_The\\_Impact\\_of\\_Patient-Centered\\_Care\\_on\\_Outcomes/links/004635260327e8a432000000/The-Impact-of-Patient-Centered-Care-on-Outcomes.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Wayne_Weston/publication/12292586_The_Impact_of_Patient-Centered_Care_on_Outcomes/links/004635260327e8a432000000/The-Impact-of-Patient-Centered-Care-on-Outcomes.pdf)
- Stiggelbout, A. M., Van der Weijden, T., De Wit, M. P., Frosch, D., Légaré, F., Montori, V. M., Trevena, L. & Elwyn, G. (2012). Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *British Medical Journal*, 344(7842), e256. doi: 10.1136/bmj.e256
- Stinckens, N., Smits, D., Claes, L. & Soenen, S. (2012). Zinvol 'rommen': zoeken naar een evenwicht tussen gebruiksvriendelijkheid en kritische relevantie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(2), 161-167. Geraadpleegd van: [http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP12-02\\_p161-165.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP12-02_p161-165.pdf)
- Thom, D. H., Kravitz, R. L., Bell, R. A., Krupat, E. & Azari, R. (2002). Patient trust in the physician: relationship to patient request. *Family Practice*, 19(5), 476-483. doi: 10.1093/fampra/19.5.476
- Towle, A. & Godolphin, W. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. *British Medical Journal*, 319(7212), 766-771. Geraadpleegd van: <https://pdfs.semanticscholar.org/66f3/04aff8344b0e7ac2d27e5cf8c9f4dce885b7.pdf>
- Towle, A., Godolphin, W., Grams, G. & Lamarre, A. (2006). Putting informed and shared decision making into practice. *Health Expect*, 9(4), 321-332. doi: 10.1111/j.1369-7625.2006.00404.x
- Van der Feltz-Cornelis, C. M. & Volker, D. E. (2011). Routine outcome monitoring – Ontwikkelingen in de GGZ. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Van der Meer, J., Schouten, J. S. A. G., Bol, P., Casparie, A. F., Donker, M. C. H., Habbema, J. B. F., Kievit, J., Kleijnen, J., Lankhorst, G. J., Rutten, F. F. H. & Van Weel, C. (1997). Effecten van Zorg. *Elsevier/De Tijdstroom*, 1997. Geraadpleegd van: [https://www.vtv2010.nl/object\\_binary/o9246\\_VTV97-5.PDF](https://www.vtv2010.nl/object_binary/o9246_VTV97-5.PDF)
- Van Haastert, C. & Lekkerkerk, T. (2014). *Meldactie Samen Beslissen. December 2013*. (Rapport nr. NPCF 2014). Geraadpleegd van: <https://www.patientenfederatie.nl/Documenten/meldacties/rapsamenbeslissendef.pdf>



- Van Hees, S., Van der Vlist, P. & Mulder, N. (2011). *Van weten naar meten – ROM in de ggz.* Amsterdam, Nederland: Boom.
- Van Os, J., Kahn, R., Denys, D., Schroevers, R., Beekman, A. T. F., Hoogendijk, W. J. G., Van Hemert, A. M., Hodiamont, P. P. G., Scheepers, F., Delespaul, P. A. E. G. & Leentjes, A. F. G. (2012). ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(3), 245-253. Geraadpleegd van: <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP12-03-p245-253.pdf>
- Vilans. (2013). Samen beslissen in de langdurende zorg. Geraadpleegd van: [http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Factsheet\\_Samen\\_beslissen\\_Vilans.pdf](http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Factsheet_Samen_beslissen_Vilans.pdf)
- Zitman, F. G. (2012). Stagering, profilering en routine outcome monitoring. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54(2012), 979-984. Geraadpleegd van: <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/54-2012-11-artikel-Zitman.pdf>

# 10. Bijlagen

## 10.1 Bijlage A – Gespreksmodule met werkzame bestanddelen



### Kennismaking

In deze fase zijn dit belangrijke aandachtspunten die je mee kunt nemen:

1. Bespreek doel gesprek.
2. 98% van de patiënten wil **samen beslissen**.
3. Laat cliënt over zichzelf vertellen.
4. Heeft cliënt vragen?
5. Bespreek globaal mogelijkheden hersteltraject.
6. Wat verwacht cliënt van hersteltraject?
7. Wat vindt cliënt belangrijk?
8. ROM-vragenlijsten zijn belangrijk voor evaluatie.
9. Kijk vooruit naar hersteltraject.

### Start behandeling/opstellen werk- en behandeldoelen

In deze fase zijn dit belangrijke aandachtspunten die je mee kunt nemen:

1. Terugblik op eerste gesprek. Vragen?
2. Bespreek resultaten ROM.
3. Herkent cliënt zich in ROM-meting?
4. 98% van de patiënten wil **samen beslissen**, behandeldoelen zullen **samen** worden opgesteld.
5. Bespreek opties hersteltraject.
6. Welke optie heeft voorkeur cliënt/behandelaar?
7. Bij eigen goede beslissing cliënt → **positieve feedback**.
8. **Laat cliënt nadenken** waarom opgestelde doelen belangrijk zijn en hoe hij deze kan behalen.
9. Stel samen plan over uitvoering traject op.

### Evaluatie

In deze fase zijn dit belangrijke aandachtspunten die je mee kunt nemen:

1. Bespreek ROM-vragenlijsten, herkent cliënt zich hierin?
2. Bespreek voortgang behandeldoelen, moeten deze worden bijgesteld?
3. Evalueer wat wel/niet goed gaat. **Benadruk het positieve**.

Voor het **verhogen van de algemene betrokkenheid** van cliënt bij de behandeling (in alle fasen van de behandeling):

- Benadruk herhaaldelijk dat 98% van de patiënten graag **samen wil beslissen**.
- Wanneer de cliënt een goede beslissing maakt, geef hem dan **positieve feedback**.
- Laat de **cliënt zelf redenen bedenken** waarom opgestelde behandeldoelen



## 10.2 Bijlage B – Vragen interviews probleemanalyse

### **Wat is het probleem?**

- Ik ben aangenomen omdat volgens het NISPA cliënten op dit moment niet genoeg betrokken worden bij de eigen behandeling door behandelaren, hoe kijkt u hier tegenaan?
  - o Zit dit probleem in de communicatie of ligt het volgens u ergens anders aan?
  - o Ligt het bij de behandelaar? Waarom?
  - o Ligt het bij de cliënt? Waarom?
- Is dit het enige probleem volgens u?
- Als dit (cliënt betrekken bij de behandeling) meer zou gebeuren, zou de kwaliteit van de behandeling dan vooruit gaan denkt u?

### **Waarom is het een probleem?**

- Waarom is dit niet/weinig betrekken van cliënten een probleem?
- Gevolgen voor:
  - o Slagen behandeling?
  - o Opstellen behandeldoelen?
  - o Omgaan van cliënt met probleem?
  - o Relatie tussen behandelaar en cliënt?

### **Voor wie is het een probleem?**

- Voor wie is dit een probleem?
  - o Behandelaar?
  - o Cliënt?
  - o Nog andere partijen?
  - o En waarom?

### **Wat zijn de mogelijke oorzaken van het probleem?**

- Wat heeft u zelf al gedaan om dit probleem tegen te gaan?
- Heeft u een idee hoe dit probleem ontstaan is?
  - o Is het voor de behandelaar zelf voordelig om de cliënt te betrekken?
  - o Waarom gebeurt dit nu weinig?
    - Is hier geen tijd voor?
    - Is er geen goede methode voor?
    - Moet er teveel worden genoteerd? (Evt. Als er minder genoteerd zou moeten worden, maar gewoon alleen een gesprek zou moeten worden gevoerd, zou u hier dan wel voor openstaan?)
  - o Willen cliënten naar uw idee betrokken worden bij de behandeling?
    - Hoeveel % van de cliënten heeft hier ongeveer behoefte aan?

### **Wat is de doelgroep van de interventie?**

- Op wie kunnen we ons met deze interventie het beste gaan richten volgens u? De cliënten of behandelaren?
  - o Waarom?



## 10.3 Bijlage C – Achtergronddocument gespreksmodule

### Kennismaking

#### 1. **Bespreek doel gesprek.**

Belangrijk gebleken vanuit de module Samen Beslissen om de behandeling doelmatig, vraaggericht en cliëntgericht af te stemmen. In de verslavingszorg is Samen Beslissen een effectieve interventie gebleken om tot een behandelingsovereenkomst te komen. Hiernaast leidt het tot een vermindering van psychische klachten en de ernst van middelengebruik (Joosten et al., 2008).

#### Voorbeeld

- *“Het doel van dit gesprek is om elkaar beter te leren kennen en om u te informeren over de mogelijkheden van de behandeling.”*

#### 2. **Benadruk expliciet dat 98% van de patiënten *samen wil beslissen*.**

Er is een onderzoek gedaan vanuit de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (Van Haastert & Lekkerkerk, 2014) naar Samen Beslissen, waaraan 8200 mensen hebben meegedaan. Hieruit is gebleken dat 98% van de deelnemers samen wil beslissen met hun arts. Voor 70% van de deelnemers betekent dit dat ze altijd samen willen beslissen met hun arts, 28% wil wel samen beslissen, maar niet altijd.

Mensen gedragen zich graag zoals ze zien dat anderen zich ook gedragen, de descriptieve norm beschrijft dit verschijnsel. De descriptieve norm verwijst naar wat de meeste mensen doen in een bepaalde situatie, hierdoor wordt gedrag gestimuleerd omdat mensen verteld wordt wat effectief of adaptief gedrag is in die situatie (Cialdini, 2001). Wanneer dit vertaald wordt naar de verslavingszorg, zal dit betekenen dat cliënten meer samen zullen gaan beslissen met hun behandelaar, wanneer ze weten dat andere cliënten dit ook doen. Door het verhogen van de gezamenlijke beslissingen, zal ook de betrokkenheid van de cliënt bij de eigen behandeling toenemen (Joosten, Jaspers, Dijkstra & De Jong, 2015). Op dit moment is bij cliënten vaak nog niet bekend dat samen beslissen een mogelijkheid is, cliënten zullen dus vaak ook niet weten wat andere cliënten wat dit betreft doen binnen de behandeling.

Door cliënten expliciet te vertellen dat 98% van de cliënten samen wil beslissen, wordt gecommuniceerd dat bijna alle patiënten samen willen beslissen met hun behandelaar. Dit samen willen beslissen zal voor cliënten nu de norm lijken, hierdoor zullen zij ook eerder samen willen beslissen met hun behandelaar, dan wanneer deze norm niet gecommuniceerd zou worden.

#### Voorbeeld

- *“98% van de cliënten in Nederland wil graag samen met hun behandelaar beslissen over de eigen behandeling.”*



### 3. Laat cliënt over zichzelf vertellen.

Dit is volgens onderzoek naar de module Samen Beslissen belangrijk gebleken, de behandeling moet cliëntgericht worden afgestemd voor een optimaal resultaat (Joosten et al., 2008).

Ook geef je de cliënt een vorm van regie in het gesprek door hem/haar over zichzelf te laten vertellen. Wanneer de cliënt meer regie heeft in het gesprek zal dit leiden tot een hogere betrokkenheid bij het hersteltraject (Helmus, Bezemer, Pijnenborg & Slooff, 2011).

#### Voorbeeld

- *“Zou u eens iets kunnen vertellen over uw dagelijks leven? Woont u alleen of samen? Wat zijn uw bezigheden in het dagelijks leven?”*

### 4. Heeft cliënt vragen?

Hiermee laat je als behandelaar ten eerste zien dat je het belangrijk vindt dat de cliënt alles wat gezegd wordt begrijpt. Ten tweede geef je de cliënt ook hier weer een vorm van regie over het gesprek, doordat hij/zij nu het onderwerp bepaalt waarover gesproken gaat worden. Wanneer de cliënt meer regie heeft in het gesprek zal dit leiden tot een hogere betrokkenheid bij het hersteltraject (Helmus et al., 2011).

#### Voorbeeld

- *“Heeft u vragen?”*
- *“Zijn er op dit moment dingen waar u meer over wilt weten?”*

### 5. Bespreek globaal mogelijkheden hersteltraject.


Het is voor de cliënt belangrijk om alvast na te kunnen denken over de verschillende opties die mogelijk zijn voor het hersteltraject. Op deze manier kan de cliënt vast beginnen met het ontwikkelen van een eigen mening over zijn/haar behandeling.

#### Voorbeeld

- *“Er zijn verschillende mogelijkheden voor het hersteltraject wat u kunt gaan volgen, namelijk...”*

### 6. Wat verwacht cliënt van hersteltraject?

Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat de verwachtingen van de cliënt lang niet altijd helemaal helder zijn voor de zorgverlener of dat de verwachtingen van cliënt en zorgverlener vaak niet overeen komen (Baile et al., 2000). Dit zorgt vaak voor problemen in de communicatie tussen zorgverlener en cliënt. Het is belangrijk dat de verwachtingen van de cliënt duidelijk worden voor zowel de zorgverlener als de cliënt zelf. Op deze manier zullen beter beslissingen genomen kunnen worden met betrekking tot dit traject. Wanneer je als zorgverlener weet wat je cliënt verwacht kun je een effectieve manier van communiceren toepassen in de zorgverlener-cliënt relatie (Beckman, Markakis, Suchman & Frankel, 1994).



Daarnaast moet de cliënt nu echt stilstaan bij wat hij belangrijk vindt en bij wat hij moet doen om een behandeldoel te bereiken. De cliënt moet actief nadenken (Joosten et al., 2015).

Voorbeeld

- *“Wat is voor jou de gewenste uitkomst van dit hersteltraject?”*
- *“Wat denk je dat je zelf moet gaan doen gedurende dit traject?”*

**7. Wat vindt cliënt belangrijk?**

Door de cliënt te vragen wat hij/zij belangrijk vindt laat je blijken dat zijn/haar mening er toe doet in het gesprek en hiermee in het hersteltraject. De cliënt zal door deze vraag een gevoel van regie krijgen binnen het gesprek. Wanneer de cliënt meer regie heeft in het gesprek zal dit leiden tot een hogere betrokkenheid bij het hersteltraject (Helmus et al., 2011).

Voorbeeld

- *“Wat vindt u belangrijke zaken binnen het hersteltraject?”*
- *“Waar moeten we zeker rekening mee houden bij het opstellen van een traject voor u?”*

**8. ROM-vragenlijsten zijn belangrijk voor evaluatie.**

Wanneer je de cliënt vertelt waarvoor de ROM-vragenlijsten dienen, zal de cliënt zien dat hij/zij deze niet voor niets heeft ingevuld. Hierdoor zal hij geneigd zijn om volgende vragenlijsten ook eerder in te vullen.

Voorbeeld

- *“De vragenlijsten die u heeft ingevuld zijn belangrijk om het verloop van het hersteltraject in de gaten te houden.”*
- *“De vragenlijsten die u heeft ingevuld zijn belangrijk om te kijken of uw herstel goed verloopt.”*
- *“De vragenlijsten die u heeft ingevuld zijn belangrijk voor de evaluatie van uw herstel.”*

**9. Kijk vooruit naar hersteltraject.**

Deze stap is bedoeld om de cliënt vast voor te bereiden op het volgende gesprek, waarin ook daadwerkelijk beslissingen zullen worden genomen over het hersteltraject. De cliënt zal zo beter weten wat hem/haar te wachten staat.


Voorbeeld

- *“In het volgende gesprek gaan we beslissingen maken over het hersteltraject, het is handig als je hier... alvast een keer over nadenkt.”*

**Start behandeling/opstellen werk- en behandeldoelen**

**1. Terugblik op eerste gesprek. Vragen?**

Herhaal voor de cliënt even kort de belangrijkste zaken uit het vorige gesprek. De cliënt werkt niet dagelijks met de begrippen die aan bod zijn gekomen en zal een deel hiervan vergeten zijn. Omdat de cliënt nu even rustig over zaken na heeft kunnen



denken, heeft hij misschien nieuwe vragen gekregen. Vraag hier ook meteen aan het begin van het gesprek naar, zodat onduidelijkheden meteen uit de weg kunnen worden geruimd. Ook geef je de cliënt een vorm van regie over het gesprek wanneer je hem/haar vraagt of er vragen zijn. Nu bepaalt de cliënt namelijk wat het volgende gespreksonderwerp zal zijn. Wanneer de cliënt meer regie heeft in het gesprek zal dit leiden tot een hogere betrokkenheid bij het hersteltraject (Helmus et al., 2011).

Voorbeeld

- *“Vorige keer hebben we besproken... Heeft u daar nog vragen over?”*
- *“Vorige keer hebben we het gehad over... Heeft u vragen?”*

## 2. Bespreek resultaten ROM.

Door het bespreken van de resultaten van de ROM zal de cliënt zien dat hij/zij deze vragenlijsten niet voor niets heeft ingevuld. Hierdoor zal de cliënt eerder geneigd zijn om de volgende keer opnieuw vragenlijsten in te vullen.

Voorbeeld

- *“In de door u ingevulde vragenlijsten zie ik terug dat...”*
- *“Uit de door u ingevulde vragenlijsten blijkt dat...”*

## 3. Herkent cliënt zich in ROM-meting?

Op deze manier kan de cliënt terugkoppelen wat hij vindt van de meting. Hierdoor ziet de cliënt dat hij de vragenlijsten niet voor niets heeft ingevuld, maar dat er iets mee gedaan wordt. Daarnaast mag hij zijn mening hier nog over geven, wat betekent dat er niet zomaar wordt uitgegaan van de uitslagen van de vragenlijsten zonder dat de cliënt hier zelf nog iets over mag zeggen.


Voorbeeld

- *“Heb je het idee dat deze vragenlijst jou als persoon goed weergeeft?”*
- *“Herken je jezelf in deze resultaten?”*

## 4. Benadruk dat 98% van de patiënten **samen wil beslissen**, behandeldoelen zullen **samen** worden opgesteld.

Er is een onderzoek gedaan vanuit de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (Van Haastert & Lekkerkerk, 2014) naar Samen Beslissen, waaraan 8200 mensen hebben meegedaan. Hieruit is gebleken dat 98% van de deelnemers samen wil beslissen met hun arts. Voor 70% van de deelnemers betekent dit dat ze altijd samen willen beslissen met hun arts, 28% wil wel samen beslissen, maar niet altijd.

Mensen gedragen zich graag zoals ze zien dat anderen zich ook gedragen, de descriptieve norm beschrijft dit verschijnsel. De descriptieve norm verwijst naar wat de meeste mensen doen in een bepaalde situatie, hierdoor wordt gedrag gestimuleerd omdat mensen verteld wordt wat effectief of adaptief gedrag is in die situatie (Cialdini, 2001). Wanneer dit vertaald wordt naar de verslavingszorg, zal dit betekenen dat cliënten meer samen zullen gaan beslissen met hun behandelaar, wanneer ze weten dat andere cliënten dit ook doen. Door het verhogen van de gezamenlijke beslissingen, zal ook de betrokkenheid van de cliënt bij de eigen behandeling toenemen (Joosten et



al., 2015). Op dit moment is bij cliënten vaak nog niet bekend dat samen beslissen een mogelijkheid is, cliënten zullen dus vaak ook niet weten wat andere cliënten wat dit betreft doen binnen de behandeling.

Door cliënten te vertellen dat 98% van de cliënten samen wil beslissen, wordt gecommuniceerd dat bijna alle patiënten samen willen beslissen met hun behandelaar. Dit samen willen beslissen zal voor cliënten nu de norm lijken, hierdoor zullen zij ook eerder samen willen beslissen met hun behandelaar, dan wanneer deze norm niet gecommuniceerd zou worden.

Voorbeeld

- *“Uit onderzoek is gebleken dat bijna alle cliënten in Nederland samen met hun arts willen beslissen. Tijdens dit traject zullen wij dat ook doen.”*

**5. Bespreek opties hersteltraject.**

Het is voor de cliënt belangrijk om een goed beeld te hebben van alle opties inclusief de bijbehorende voor- en nadelen, op deze manier kan de cliënt het beste deelnemen in beslissing(en) over zijn behandeling.

Voorbeeld

- *“Er zijn verschillende opties voor het hersteltraject dat u kunt gaan volgen, namelijk... (noem de opties inclusief voor- en nadelen van deze opties)”*

**6. Welke optie heeft voorkeur cliënt/behandelaar?**

Door de cliënt zijn voorkeur uit te laten spreken geef je hem opnieuw een vorm van regie over het gesprek, wat zal leiden tot een hogere betrokkenheid bij het hersteltraject (Helmus et al., 2011).

Voorbeeld

- *“Welke optie voor het hersteltraject heeft uw voorkeur?”*
- *“Welk optie voor het hersteltraject zou u het liefst doorlopen?”*

**7. Bij eigen goede beslissing cliënt → *Bekrachtig dit positief.***


Uit onderzoek is gebleken dat positieve feedback op de prestatie zorgt voor een toegenomen vertrouwen in het eigen kunnen en het nemen van beslissingen. Door positieve feedback zal de cliënt er vertrouwen in hebben dat hij, in samenwerking met de behandelaar, kan beslissen over het hersteltraject. Wanneer de cliënt hier vertrouwen in heeft zal hij vaker meebeslissen in het hersteltraject (Krueger & Dickson, 1994).

Voorbeeld

- *“Wat goed dat u hiermee komt, dit is echt een goed besluit!”*
- *“Dit is een goede beslissing over uw hersteltraject!”*

**8. *Laat cliënt uitspreken* waarom opgestelde doelen belangrijk zijn en hoe hij deze kan behalen.**

Wanneer de cliënt zelf nadenkt over redenen waarom opgestelde doelen belangrijk zijn, zal hij of zij eerder het idee hebben dat de motivatie om deze doelen te behalen vanuit hem- of haarzelf komt. De cliënt overtuigt zichzelf er



op deze manier van dat de doelen belangrijk zijn. Als hij dit vervolgens ook uitspreekt, zal deze overtuiging van zichzelf nog sterker worden (Aronson, 1999). Wanneer een cliënt hiervan overtuigd zou worden door de behandelaar, is hij zich ervan bewust dat de behandelaar hem probeert te overtuigen van het belang van de behandeldoelen. Wanneer de cliënt zelf redenen bedenkt, is de cliënt niet bezig met het feit dat hij eventueel beïnvloed wordt. Hierdoor zal deze manier van nadenken over opgestelde behandeldoelen effectiever zijn voor het behalen van de doelen. Ook heeft overtuiging op deze manier meer langdurende effecten dan wanneer de cliënt door de behandelaar overtuigd zou worden om de doelen te behalen (Aronson, 1999).

Voorbeeld

- *“Waarom zijn de behandeldoelen die we nu hebben opgesteld volgens jou belangrijk?”*
- *“Wat zou je kunnen doen om de opgestelde behandeldoelen te behalen?”*

**9. Stel samen plan over uitvoering traject op.**

Het is belangrijk dat dit plan over de uitvoering door zorgverlener en cliënt samen wordt opgesteld. Wanneer de cliënt namelijk meebeslist over de behandeling, zal hij zich meer betrokken voelen bij de behandeling en heeft de behandeling meer kans van slagen (Joosten et al., 2008).

Voorbeeld

- *“Op basis van de voorkeuren die we allebei hebben aangegeven en de behandeldoelen waarover we het gehad hebben, gaan we nu een plan over de uitvoering van de behandeling opstellen.”*

### 1. Bespreek ROM-vragenlijsten, herkent cliënt zich hierin?

Wanneer je de ROM met de cliënt bespreekt zal hij zien dat hij deze niet voor niets heeft ingevuld. Hierdoor zal hij geneigd zijn om volgende vragenlijsten ook eerder in te vullen.

#### Voorbeeld

- *“Uit de door u ingevulde vragenlijsten blijkt dat... Heeft u het idee dat dit klopt?”*
- *“In de door u ingevulde vragenlijsten zie ik terug dat... Herkent u zichzelf hierin?”*

### 2. Bespreek voortgang behandeldoelen, moeten deze worden bijgesteld?

Door deze doelen samen met de cliënt te bespreken en de cliënt te laten helpen bij het (eventueel) bijstellen van de behandeldoelen zal hij/zij zich meer betrokken voelen bij de behandeling. Ook dit komt weer doordat cliënten door het samen nemen van besluiten meer betrokken worden bij de behandeling (Helmus et al., 2011).

#### Voorbeeld

- *“We hadden het volgende doel opgesteld... Dit doel is op dit moment wel/niet behaald. Denk je dat het nodig is om dit doel bij te stellen?”*

### 3. Evalueer wat wel/niet goed gaat. **Bekrachtig goede keuzes en acties van cliënt positief.**

Bij het evalueren is het belangrijk om de positieve punten te benadrukken. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat positieve feedback op de prestatie zorgt voor een toegenomen vertrouwen in het eigen kunnen en het nemen van beslissingen. Door positieve feedback zal de cliënt er vertrouwen in hebben dat hij het goed doet en dat hij het ook in de toekomst goed gaat doen in het hersteltraject. Hierdoor wordt de kans dat de cliënt toekomstige doelen (ook) gaat halen groter. Namelijk, wanneer mensen vertrouwen hebben in het eigen kunnen zullen ze gedrag sneller laten zien en voortzetten (Bandura, 1977).

#### Voorbeeld

- *“Tijdens je behandeling gaat... al heel goed, ga zo door!”*
- *“Je doet... heel erg goed!”*



## 10.4 Bijlage D – Casus training

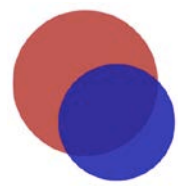
### Casus

Man, 42 jaar, meldt zich bij IrisZorg voor hulp vanwege alcoholverslaving en problemen om zijn leven vorm te geven. Hij is terughoudend en ambivalent over het vragen van zorg maar hij kan nu niet anders, hij dreigt zijn woning kwijt te raken evenals het contact met zijn kinderen (hij is gescheiden, zijn drie kinderen van 7, 9 en 13 wonen bij zijn ex-partner). Zijn huidige partner steunt hem maar de relatie staat behoorlijk onder druk. Hij wordt aangemeldt bij een FACT team en krijgt zowel ambulante begeleiding als behandeling. Jij bent zijn ambulante behandelaar of maatschappelijk hulpverlener. Je doet drie ROM metingen in een jaar (zie uitkomsten op pag 2-4).

1. Hoe ga je bij deze ambivalente cliënt proberen de commitment t.a.v. de behandeling en de ROM metingen te vergroten?
2. Wat zie je voor mogelijke **aanknopings-/aandachtspunten** op basis van de **eerste meting**?
3. Hoe ga je die bespreken met de cliënt? Denk zowel aan het **creëren van overzicht** als het **vergroten van de betrokkenheid t.a.v. doelen en zorgplan**
4. Wat zie je voor aanknopingspunten op basis van de 2e en 3e meting?
5. Hoe ga je die bespreken met de cliënt? Denk zowel aan het **creëren van overzicht** als het **vergroten van de betrokkenheid t.a.v. bijstellen doelen en zorgplan**

## Voorbeeld MATE ROM uitslagen

Onderdeel	1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting
<b>MATE 1: <i>life-time</i></b>	-vanaf 16 <sup>e</sup> alcohol (vanaf 20 <sup>e</sup> problematisch) -vanaf 16 <sup>e</sup> nicotine (dagelijks) -vanaf 20 <sup>e</sup> cannabis	-	-
<b>MATE 1: afgelopen 30 dagen</b>	Alcohol: Cannabis: Nicotine:	Alcohol: Cannabis: Nicotine:	Alcohol: Cannabis: Nicotine:
<b>MATE 3: verslavingsbehandelingsgeschiedenis</b>	Afgelopen 5 jaar 4 opnames in 2 behandeltrajecten	-	-
<b>MATE 4: misbruik en afhankelijkheid</b>	Rapporteert: -Alcohol in verkeer/justitie -Conflicten met familie -Geestelijke afhankelijkheid -	-	-
<b>MATE 7: functioneren + <i>need for care</i></b>	Scoort 25 op beperkingen – basal Scoort 16 op beperkingen - relationeel	-	-
<b>MATE 7 uitkomst: functioneren</b>	-	Scoort 25 op beperkingen – basal Scoort 16 op beperkingen - relationeel	Scoort 25 op beperkingen – basal Scoort 16 op beperkingen - relationeel
<b>MATE Q1: verlangen</b>	Scoort 18	Scoort	Scoort
<b>MATE Q2: depressie, angst en stress</b>	Scoort	Scoort	Scoort



## Voorbeeld ZRM ROM uitslagen

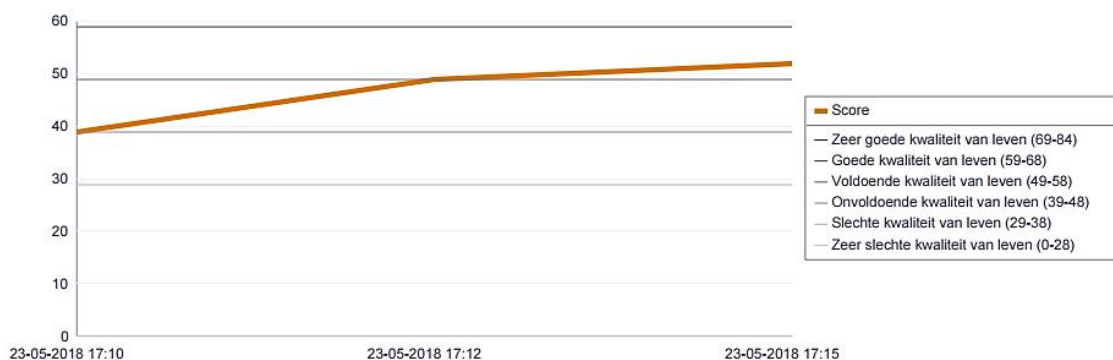
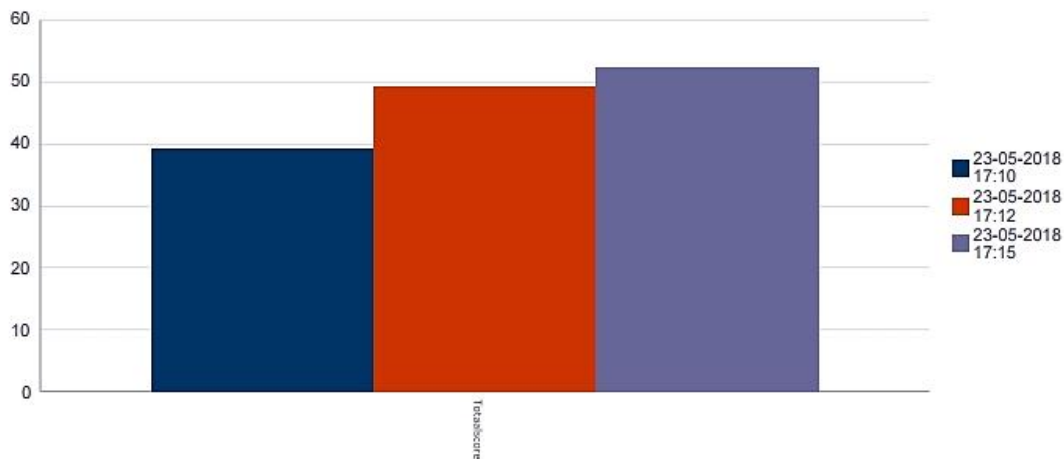
	1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup>
Financiën	1	2	3
Werk & Opleiding	2	2	2
Tijdsbesteding	3	3	4
Huisvesting	1	3	4
Huiselijke relaties	3	3	5
Geestelijke gezondheid	2	2	3
Lichamelijke gezondheid	3	3	4
Middelengebruik	1	1	3
Basale ADL	2	2	4
Instrumentele ADL	1	1	4
Sociaal netwerk	1	1	3
Maatschappelijke participatie	2	2	3
Justitie	2	2	3
Lichamelijke verzorging	Niet ingevuld	Niet ingevuld	Niet ingevuld
Sociaal-emotionele ondersteuning	Niet ingevuld	Niet ingevuld	Niet ingevuld
Scholing	Niet ingevuld	Niet ingevuld	Niet ingevuld
Opvang	Niet ingevuld	Niet ingevuld	Niet ingevuld

## Voorbeeld MANSA ROM uitslagen

	1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup>
1.Hoe ervaart u uw leven op dit moment?	Ontevreden	Gemengd	Gemengd
2.Hoe tevreden met uw betaalde baan?	Kan niet slechter	Meestal ontevreden	Gemengd
3.Hoe tevreden bent u met uw financiën?	Kan niet slechter	Ontevreden	Meestal ontevreden
4.Hoe tevreden met vriendschappen?	Meestal tevreden	Meestal tevreden	Meestal tevreden
5.Hoe tevreden met vrijetijdsbesteding?	Gemengd	Gemengd	Gemengd
6.Hoe tevreden met woonomstandigheden?	Ontevreden	Gemengd	Gemengd
7.Tevreden met persoonlijke veiligheid?	Tevreden	Tevreden	Tevreden
8.Hoe tevreden met uw huisgenoten?	Meestal ontevreden	Gemengd	Gemengd
9.Hoe tevreden met uw seksuele leven?	Ontevreden	Gemengd	Meestal tevreden
10.Hoe tevreden met familierelatie?	Gemengd	Gemengd	Gemengd
11.Hoe tevreden met fysieke gezondheid?	Meestal tevreden	Meestal tevreden	Meestal tevreden
12.Tevreden met psychische gezondheid?	Gemengd	Gemengd	Gemengd

	23-05-2018	23-05-2018	23-05-2018
Totaalscore	39	49	52

Tabel met per categorie, per meetmoment het antwoord van de berekening





## 10.5 Bijlage E – Vragenlijst zorgverleners (voormeting)

Beste zorgverlener,

Bedankt dat u de tijd wilt nemen om deze vragenlijst in te vullen voor mijn onderzoek, dit zal ongeveer 5 minuten duren.

Ik doe onderzoek naar de relatie tussen zorgverleners en cliënten. U zou mij erg helpen door iedere vraag naar waarheid te beantwoorden. Alle gegevens zullen anoniem verwerkt worden en nooit gekoppeld worden aan u als persoon.

Een aantal vragen lijkt veel op elkaar, maar ze zijn allemaal verschillend. Het is daarom belangrijk dat u bij iedere vraag opnieuw nadenkt over uw antwoord.

Met vriendelijke groet,

Sietske Bakker  
Stagiaire NISPA

- 
1. Vul alstublieft de eerste twee letters van uw voornaam en uw geboortjaar achter elkaar in (voorbeeld: S1993). Dit zal uitsluitend gebruikt worden om deze voormeting later aan de door u ingevulde metingen te koppelen.  
(open vraag)
- 

De volgende vragen gaan over zaken met betrekking tot de behandeling. Antwoorden kan op een 7-puntschaal, waarbij de betekenis van '1' en '7' telkens staat aangegeven.

Beantwoord de vragen met een gemiddelde cliënt in uw hoofd die u de afgelopen twee weken behandeld heeft. Het meest ideale zou zijn als u een cliënt kiest die op dat moment in één van de volgende drie fasen van de behandeling zat: de kennismaking, het opstellen van werk-/behandeldoelen of de evaluatie.

Heeft u in de afgelopen 2 weken geen cliënt gehad die zich in één van deze fasen van de behandeling bevond? Neem dan de meest gemiddelde cliënt die u behandeld heeft in uw hoofd. Uw antwoorden zouden uw beeld van deze cliënt zo goed mogelijk moeten weergeven.

Er bestaan hierbij geen goede of foute antwoorden.

---



2. In hoeverre was uw cliënt aan het woord tijdens het gesprek?

Niet	2	3	4	5	6	De hele tijd
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. In hoeverre nam de cliënt de beslissingen met betrekking tot zijn/haar behandeling zelf?

Niet	2	3	4	5	6	Helemaal	Er zijn tijdens dit gesprek geen beslissingen genomen met betrekking tot de behandeling.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. In hoeverre zijn de behandeldoelen van uw cliënt afgestemd op zijn/haar eigen, individuele voorkeuren?

Niet	2	3	4	5	6	Helemaal	Er zijn tijdens dit gesprek geen behandeldoelen opgesteld.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Hoe vaak staat het woord 'ik' in de opgestelde behandeldoelen (indien er tijdens dit gesprek behandeldoelen zijn opgesteld)?

Nooit	2	3	4	5	6	Heel vaak	Er zijn tijdens dit gesprek geen behandeldoelen opgesteld.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. In hoeverre heeft uw cliënt tijdens dit gesprek geholpen bij het opstellen van de behandeldoelen?

Niet	2	3	4	5	6	Helemaal	Er zijn tijdens dit gesprek geen behandeldoelen opgesteld.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. In hoeverre heeft uw cliënt (volgens u) tijdens dit gesprek zijn eigen mening laten horen?

Niet	2	3	4	5	6	Helemaal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. In hoeverre voelde uw cliënt zich (volgens u) vrij om te spreken tijdens het gesprek?

Niet	2	3	4	5	6	Helemaal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



9. In hoeverre voelde uw cliënt zich (volgens u) betrokken bij zijn/haar eigen behandeling?

Niet	2	3	4	5	6	Helemaal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Heeft u, tijdens dit gesprek, samen met uw cliënt een ROM-vragenlijst besproken?

Ja  
Nee

---

De volgende vragen gaan over zaken met betrekking tot de cliënt zelf. Antwoorden kan opnieuw op een 7-puntschaal waarbij de betekenis van '1' en '7' telkens wordt weergegeven. Kies alstublieft het antwoord dat uw mening het best weergeeft.

Beantwoord de vragen opnieuw met de cliënt in uw hoofd die u ook in uw hoofd had bij het beantwoorden van de eerdere vragen.

---

11. Mijn cliënt komt op mij over alsof hij/zij weet wat hij/zij belangrijk vindt tijdens het behandeltraject.

Helemaal mee oneens	2	3	4	5	6	Helemaal mee eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Mijn cliënt komt op mij over alsof hij/zij vertrouwen heeft in mij als zorgverlener.

Helemaal mee oneens	2	3	4	5	6	Helemaal mee eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Mijn cliënt komt op mij over alsof hij/zij een gevoel van regie ervaart tijdens gesprekken binnen het behandeltraject.

Helemaal mee oneens	2	3	4	5	6	Helemaal mee eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Mijn cliënt denkt (volgens mij) dat het gebruikelijk is om mee te beslissen over zijn/haar eigen behandeling.

Helemaal mee oneens	2	3	4	5	6	Helemaal mee eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Mijn cliënt denkt (volgens mij) dat andere cliënten deelnemen aan het beslisproces met betrekking tot hun eigen behandeling.



Helemaal mee  
oneens      2      3      4      5      6      Helemaal mee  
eens

16. De kwaliteit van de communicatie tussen mij en mijn cliënt is over het algemeen goed.

Helemaal mee  
oneens      2      3      4      5      6      Helemaal mee  
eens

17. Ik twijfel weleens of mijn manier van communiceren met mijn cliënt de beste is.

Helemaal mee  
oneens      2      3      4      5      6      Helemaal mee  
eens

---

De volgende vragen gaan over wat u tijdens de behandeling doet als behandelaar. Denk alstublieft goed na over uw antwoord. Kies het antwoord dat het beste uw gedrag reflecteert, gezien over gesprekken met al uw huidige cliënten.

Antwoorden die gegeven kunnen worden lopen van 'nooit' tot 'altijd'.

---

18. Ik vertel mijn cliënten dat het belangrijk is om mee te beslissen over de eigen behandeling.

Nooit      Bijna nooit      Soms      Vaak      Altijd

19. Als mijn cliënten een goede beslissing nemen geef ik ze hierover complimenten.

Nooit      Bijna nooit      Soms      Vaak      Altijd

20. Als mijn cliënten een goede beslissing nemen vertel ik ze wat er goed is aan deze beslissing.

Nooit      Bijna nooit      Soms      Vaak      Altijd

21. Ik laat mijn cliënten zelf bedenken waarom de behandeldoelen die we opstellen belangrijk zijn.

Nooit      Bijna nooit      Soms      Vaak      Altijd



22. Ik laat mijn cliënten zelf uitspreken wat ze zouden kunnen doen om de behandeldoelen te halen.

- Nooit                      Bijna nooit                      Soms                      Vaak                      Altijd
- 

23. Ik evalueer over het algemeen samen met mijn cliënten de ROM-vragenlijsten.

- Nooit                      Bijna nooit                      Soms                      Vaak                      Altijd
- 

---

Nu volgt een vraag over de behandeldoelen die uw cliënten gemiddeld halen, probeert u hier alstublieft een zo goed mogelijke schatting van te maken. Ook wil ik u vragen in te vullen hoeveel individuele cliënten u op dit moment in behandeling heeft.

---

24. Van alle behandeldoelen die gesteld zijn halen mijn cliënten samen gemiddeld (schatting):

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%

25. Hoeveel individuele cliënten heeft u op dit moment in behandeling?  
(open vraag)

---

Als laatste vragen wil ik u nog vragen om uw functie in te vullen. Dit gegeven heb ik nodig om hiervoor te controleren tijdens dit onderzoek. Dit zal nooit voor andere doeleinden gebruikt worden en uw antwoorden zullen nooit aan uw functie gekoppeld worden. U heeft deze vragenlijst volledig anoniem ingevuld.

---

26. Mijn functie is:



- Ambulant behandelaar
- Maatschappelijk hulpverlener
- Anders namelijk...

---

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!

Als u geïnteresseerd bent in de resultaten van dit onderzoek kunt u hieronder uw mailadres achterlaten.

27. Mailadres:  
*(open vraag)*

28. Als u nog vragen of opmerkingen heeft over dit onderzoek of deze vragenlijst dan kunt u deze hieronder achterlaten.  
*(open vraag)*



## 10.6 Bijlage F – Vragenlijst zorgverleners (nameting)

Beste zorgverlener,

Bedankt dat u de tijd wilt nemen om deze vragenlijst in te vullen voor mijn onderzoek, dit zal ongeveer 5 minuten duren.

Ik doe onderzoek naar de relatie tussen zorgverleners en cliënten. U zou mij erg helpen door iedere vraag naar waarheid te beantwoorden. Alle gegevens zullen anoniem verwerkt worden en nooit gekoppeld worden aan u als persoon.

Dit is de vervolgmeting van de vragenlijst die u eerder (ongeveer twee weken geleden) heeft ingevuld. Veel van de gestelde vragen zullen overeen komen met de vragen van deze voormeting. Probeer u alstublieft toch opnieuw goed over uw antwoorden na te denken.

Een aantal vragen lijkt veel op elkaar, maar ze zijn allemaal verschillend. Het is daarom belangrijk dat u bij iedere vraag opnieuw nadenkt over uw antwoord.

Met vriendelijke groet,

Sietske Bakker  
Stagiaire NISPA

- 
1. Vul alstublieft de eerste twee letters van uw voornaam en uw geboortejaar achter elkaar in (voorbeeld: SI1993). Dit zal uitsluitend gebruikt worden om deze voormeting later aan de door u ingevulde metingen te koppelen.  
*(open vraag)*
  2. Heeft u dinsdagochtend 29 mei de training over betrokkenheid van cliënten bij de behandeling, bij IrisZorg in Arnhem, gevolgd?  
Ja  
Nee

---

De volgende vragen gaan over zaken met betrekking tot de behandeling. Antwoorden kan op een 7-puntschaal, waarbij de betekenis van '1' en '7' telkens staat aangegeven.

Beantwoord de vragen met een gemiddelde cliënt in uw hoofd die u de afgelopen twee weken behandeld heeft. Het meest ideale zou zijn als u een cliënt kiest die op dat moment in één van de volgende drie fasen van de behandeling zat: de kennismaking, het opstellen van werk-/behandeldoelen of de evaluatie.



Heeft u in de afgelopen 2 weken geen cliënt gehad die zich in één van deze fasen van de behandeling bevond? Neem dan de meest gemiddelde cliënt die u behandeld heeft in uw hoofd. Uw antwoorden zouden uw beeld van deze cliënt zo goed mogelijk moeten weergeven.

Er bestaan hierbij geen goede of foute antwoorden.

---

3. In hoeverre was uw cliënt aan het woord tijdens het gesprek?

- Niet      2      3      4      5      6      De hele tijd
- 

4. In hoeverre nam de cliënt de beslissingen met betrekking tot zijn/haar behandeling zelf?

- Niet      2      3      4      5      6      Helemaal
- 

Er zijn tijdens dit gesprek geen beslissingen genomen met betrekking tot de behandeling.

5. In hoeverre zijn de behandeldoelen van uw cliënt afgestemd op zijn/haar eigen, individuele voorkeuren?

- Niet      2      3      4      5      6      Helemaal
- 

Er zijn tijdens dit gesprek geen behandeldoelen opgesteld.

6. Hoe vaak staat het woord 'ik' in de opgestelde behandeldoelen (indien er tijdens dit gesprek behandeldoelen zijn opgesteld)?

- Nooit      2      3      4      5      6      Heel vaak
- 

Er zijn tijdens dit gesprek geen behandeldoelen opgesteld.

7. In hoeverre heeft uw cliënt tijdens dit gesprek geholpen bij het opstellen van de behandeldoelen?

- Niet      2      3      4      5      6      Helemaal
- 

Er zijn tijdens dit gesprek geen behandeldoelen opgesteld.



8. In hoeverre heeft uw cliënt (volgens u) tijdens dit gesprek zijn eigen mening laten horen?

Niet	2	3	4	5	6	Helemaal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. In hoeverre voelde uw cliënt zich (volgens u) vrij om te spreken tijdens het gesprek?

Niet	2	3	4	5	6	Helemaal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. In hoeverre voelde uw cliënt zich (volgens u) betrokken bij zijn/haar eigen behandeling?

Niet	2	3	4	5	6	Helemaal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Heeft u, tijdens dit gesprek, samen met uw cliënt een ROM-vragenlijst besproken?

Ja  
Nee

---

De volgende vragen gaan over zaken met betrekking tot de cliënt zelf. Antwoorden kan opnieuw op een 7-puntschaal waarbij de betekenis van '1' en '7' telkens wordt weergegeven. Kies alstublieft het antwoord dat uw mening het best weergeeft.

Beantwoord de vragen opnieuw met de cliënt in uw hoofd die u ook in uw hoofd had bij het beantwoorden van de eerdere vragen.

---

12. Mijn cliënt komt op mij over alsof hij/zij weet wat hij/zij belangrijk vindt tijdens het behandeltraject.

Helemaal mee oneens	2	3	4	5	6	Helemaal mee eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Mijn cliënt komt op mij over alsof hij/zij vertrouwen heeft in mij als zorgverlener.

Helemaal mee oneens	2	3	4	5	6	Helemaal mee eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Mijn cliënt komt op mij over alsof hij/zij een gevoel van regie ervaart tijdens gesprekken binnen het behandeltraject.





Nooit                      Bijna nooit                      Soms                      Vaak                      Altijd

21. Als mijn cliënten een goede beslissing nemen vertel ik ze wat er goed is aan deze beslissing.

Nooit                      Bijna nooit                      Soms                      Vaak                      Altijd

22. Ik laat mijn cliënten zelf bedenken waarom de behandeldoelen die we opstellen belangrijk zijn.

Nooit                      Bijna nooit                      Soms                      Vaak                      Altijd

23. Ik laat mijn cliënten zelf uitspreken wat ze zouden kunnen doen om de behandeldoelen te halen.

Nooit                      Bijna nooit                      Soms                      Vaak                      Altijd

24. Ik evalueer over het algemeen samen met mijn cliënten de ROM-vragenlijsten.

Nooit                      Bijna nooit                      Soms                      Vaak                      Altijd

---

Nu volgt een vraag over de behandeldoelen die uw cliënten gemiddeld halen, probeert u hier alstublieft een zo goed mogelijke schatting van te maken. Ook wil ik u vragen in te vullen hoeveel individuele cliënten u op dit moment in behandeling heeft.

---

25. Van alle behandeldoelen die gesteld zijn halen mijn cliënten samen gemiddeld (schatting):

- 
- 10%
  - 20%
  - 30%
  - 40%
  - 50%
  - 60%
  - 70%
  - 80%
  - 90%

26. Hoeveel individuele cliënten heeft u op dit moment in behandeling?  
(open vraag)

---

Indien u de training over sociaalpsychologische technieken dinsdagochtend 29 mei heeft gevolgd, volgen hier nog een aantal vragen over de sociaalpsychologische technieken die binnen deze training uitgelegd zijn. Beantwoord de vragen alstublieft naar waarheid. Het is geen probleem als u de technieken niet heeft toegepast, ik kan meer met uw antwoorden wanneer deze eerlijk zijn, dan wanneer ze sociaal wenselijk zijn. De volgende vragen gaan over **al uw cliënten** en de **afgelopen twee weken**.

Indien u de training niet heeft gevolgd, vul dan alstublieft bij de volgende vragen 'ik heb de training niet gevolgd' in.

---

27. In hoeverre heeft u tijdens de behandelingen (de afgelopen twee weken) expliciet tegen uw cliënten benadrukt dat **98% van de cliënten samen wil beslissen**?

- | Nooit                 | Bijna nooit           | Soms                  | Vaak                  | Altijd                |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ik heb de training niet gevolgd.

28. In hoeverre heeft u eigen, goede beslissingen van uw cliënten (de afgelopen twee weken) **positief bekrachtigd**?

- | Nooit                 | Bijna nooit           | Soms                  | Vaak                  | Altijd                |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ik heb de training niet gevolgd.



29. In hoeverre heeft u uw cliënten (de afgelopen twee weken) **zelf laten uitspreken** waarom opgestelde doelen belangrijk zijn?

- Nooit                      Bijna nooit                      Soms                      Vaak                      Altijd
- 

Ik heb de training niet gevolgd.

30. In hoeverre heeft u uw cliënten (de afgelopen twee weken) **zelf laten uitspreken** hoe opgestelde doelen behaald kunnen worden?

- Nooit                      Bijna nooit                      Soms                      Vaak                      Altijd
- 

Ik heb de training niet gevolgd.

---

Als laatste vragen wil ik u nog vragen om uw functie in te vullen. Dit gegeven heb ik nodig om hiervoor te controleren tijdens dit onderzoek. Dit zal nooit voor andere doeleinden gebruikt worden en uw antwoorden zullen nooit aan uw functie gekoppeld worden. U heeft deze vragenlijst volledig anoniem ingevuld.

---

31. Mijn functie is:

- Ambulant behandelaar
- Maatschappelijk hulpverlener
- Anders namelijk...

---

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!

Als u geïnteresseerd bent in de resultaten van dit onderzoek kunt u hieronder uw mailadres achterlaten.

32. Mailadres:  
(open vraag)

33. Als u nog vragen of opmerkingen heeft over dit onderzoek of deze vragenlijst dan kunt u deze hieronder achterlaten.  
(open vraag)



## 10.7 Bijlage G – Vragenlijst aanvullend onderzoek

Beste psycholoog (in opleiding),

Om de betrokkenheid van cliënten bij de behandeling te verhogen, is een gespreksmodule ontwikkeld voor behandelaren. Om erachter te komen hoe deze beoordeeld wordt is deze vragenlijst opgesteld, het invullen duurt minder dan vijf minuten.

Ik zou u willen vragen om de gespreksmodule goed door te lezen en vervolgens alle vragen eerlijk te beantwoorden. Er bestaan geen goede of foute antwoorden, het gaat om uw mening.

U vult de vragenlijst volledig anoniem in, de gegeven antwoorden zullen en kunnen nooit aan u als persoon gekoppeld worden.

Alvast heel erg bedankt voor uw deelname!

Met vriendelijke groet,

Sietske Bakker  
Stagiaire NISPA

---

U zult nu eerst de gespreksmodule te zien krijgen, lees deze alstublieft goed door.

Voordat u deze gaat lezen is het goed om te weten dat ROM een methodiek is om behandeldoelen in de gaten te houden, feedback te geven op de voortgang van de behandeling en voor het op tijd bijstellen van de behandeling. Door de cliënt de vragenlijsten van de ROM in te laten vullen, kunnen behandelaren tijdig constateren of een behandeling op koers ligt of dreigt te mislukken.

---



(gespreksmodule met werkzame bestanddelen)

### Kennismaking

In deze fase zijn dit belangrijke aandachtspunten die je mee kunt nemen:

1. Bespreek doel gesprek.
2. 98% van de patiënten wil *samen beslissen*.
3. Laat cliënt over zichzelf vertellen.
4. Heeft cliënt vragen?
5. Bespreek globaal mogelijkheden hersteltraject.
6. Wat verwacht cliënt van hersteltraject?
7. Wat vindt cliënt belangrijk?
8. ROM-vragenlijsten zijn belangrijk voor evaluatie.
9. Kijk vooruit naar hersteltraject.

### Start behandeling/opstellen werk- en behandeldoelen

In deze fase zijn dit belangrijke aandachtspunten die je mee kunt nemen:

1. Terugblik op eerste gesprek. Vragen?
2. Bespreek resultaten ROM.
3. Herkent cliënt zich in ROM-meting?
4. 98% van de patiënten wil *samen beslissen*, behandeldoelen zullen *samen* worden opgesteld.
5. Bespreek opties hersteltraject.
6. Welke optie heeft voorkeur cliënt/behandelaar?
7. Bij eigen goede beslissing cliënt → *positieve feedback*.
8. *Laat cliënt uitspreken* waarom opgestelde doelen belangrijk zijn en hoe hij deze kan behalen.
9. Stel samen plan over uitvoering traject op.

### Evaluatie

In deze fase zijn dit belangrijke aandachtspunten die je mee kunt nemen:

1. Bespreek ROM-vragenlijsten, herkent cliënt zich hierin?
2. Bespreek voortgang behandeldoelen, moeten deze worden bijgesteld?
3. Evalueer wat wel/niet goed gaat. *Benadruk het positieve*.

OF



(gespreksmodule zonder werkzame bestanddelen)

### Kennismaking

In deze fase zijn dit belangrijke aandachtspunten die je mee kunt nemen:

1. Bespreek doel gesprek.
2. Laat cliënt over zichzelf vertellen.
3. Heeft cliënt vragen?
4. Bespreek globaal mogelijkheden hersteltraject.
5. Wat verwacht cliënt van hersteltraject?
6. Wat vindt cliënt belangrijk?
7. ROM-vragenlijsten zijn belangrijk voor evaluatie.
8. Kijk vooruit naar hersteltraject.

### Start behandeling/opstellen werk- en behandeldoelen

In deze fase zijn dit belangrijke aandachtspunten die je mee kunt nemen:

1. Terugblik op eerste gesprek. Vragen?
2. Bespreek resultaten ROM.
3. Herkent cliënt zich in ROM-meting?
4. Behandeldoelen zullen samen worden opgesteld.
5. Bespreek opties hersteltraject.
6. Welke optie heeft voorkeur cliënt/behandelaar?
7. Bij eigen goede beslissing cliënt → geef feedback.
8. Bespreek waarom opgestelde doelen belangrijk zijn en hoe ze behaald kunnen worden.
9. Stel samen plan over uitvoering traject op.


### Evaluatie

In deze fase zijn dit belangrijke aandachtspunten die je mee kunt nemen:

1. Bespreek ROM-vragenlijsten, herkent cliënt zich hierin?
2. Bespreek voortgang behandeldoelen, moeten deze worden bijgesteld?
3. Evalueer wat wel/niet goed gaat.

---

In deze vragenlijst die volgt wordt gezondheid gedefinieerd als: “Alle vormen van zorg die erop gericht zijn om de gezondheid van mensen te verbeteren, en hiernaast het toepassen van kennis om de gezondheid van mensen te verhogen, ziekten te voorkomen of te genezen en het lichamelijk en psychisch functioneren te verbeteren.”



Nu zullen een aantal vragen volgen over de gespreksmodule die u net gelezen heeft. Sommige vragen lijken op elkaar, maar ze zijn allemaal verschillend, dus denk iedere keer opnieuw goed na over uw antwoord.

Vragen kunnen worden beantwoord met behulp van een 7-puntschaal. Deze schaal loopt telkens van 'Helemaal mee oneens' (1) tot 'Helemaal mee eens' (7). Kies alstublieft het cijfer dat uw mening het beste reflecteert.

---

1. Ik denk dat door het toepassen van deze gespreksmodule de betrokkenheid van cliënten bij de behandeling verhoogd wordt.

Helemaal mee oneens	2	3	4	5	6	Helemaal mee eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Ik vind het belangrijk dat er gespreksmodules bestaan in de gezondheidszorg.

Helemaal mee oneens	2	3	4	5	6	Helemaal mee eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Ik denk dat deze gespreksmodule van belang is voor de gezondheidszorg.

Helemaal mee oneens	2	3	4	5	6	Helemaal mee eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Ik denk dat deze gespreksmodule bruikbaar is in de gezondheidszorg.

Helemaal mee oneens	2	3	4	5	6	Helemaal mee eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

5. Ik denk dat cliënten bij de toepassing van deze gespreksmodule denken dat andere cliënten meebeslissen over de eigen behandeling.

Helemaal mee oneens	2	3	4	5	6	Helemaal mee eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Ik denk dat het voor cliënten belangrijk is om te weten of andere cliënten meebeslissen over de eigen behandeling.



Helemaal mee oneens      2      3      4      5      6      Helemaal mee eens  
                                   

7. Ik denk dat cliënten bij de toepassing van deze module denken dat het normaal is om mee te beslissen over de eigen behandeling.

Helemaal mee oneens      2      3      4      5      6      Helemaal mee eens  
                                   

---

8. Ik denk dat een cliënt eerder geneigd is te werken voor behandeldoelen wanneer hij of zij het belang ervan zelf uitspreekt.

Helemaal mee oneens      2      3      4      5      6      Helemaal mee eens  
                                   

9. Ik denk dat een cliënt doelen eerder zal behalen wanneer hij of zij zelf uitspreekt hoe hij deze doelen kan behalen.

Helemaal mee oneens      2      3      4      5      6      Helemaal mee eens  
                                   

10. Ik denk dat de betrokkenheid van een cliënt bij de eigen behandeling zal verhogen door het zelf laten uitspreken van het belang van opgestelde behandeldoelen.

Helemaal mee oneens      2      3      4      5      6      Helemaal mee eens  
                                   

11. Ik denk dat het, voor de betrokkenheid van een cliënt bij de eigen behandeling, belangrijk is om de cliënt positieve feedback te geven.

Helemaal mee oneens      2      3      4      5      6      Helemaal mee eens  
                                   

---

De volgende vragen kunt u opnieuw beantwoorden op een 7-puntschaal. Deze schaal loopt telkens van 'Helemaal niet belangrijk' (1) tot 'Heel belangrijk' (7). Kies alstublieft weer het cijfer dat uw mening het beste reflecteert.



---

12. Hoe belangrijk is het dat de cliënt zelf beslissingen neemt?

Helemaal niet belangrijk	2	3	4	5	6	Heel belangrijk
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Hoe belangrijk denkt u dat het is dat de cliënt zelf het belang van behandeldoelen uitspreekt?

Helemaal niet belangrijk	2	3	4	5	6	Heel belangrijk
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Hoe belangrijk denkt u dat het is om cliënten positieve feedback te geven?

Helemaal niet belangrijk	2	3	4	5	6	Heel belangrijk
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

15. Wat vindt u van de module in het algemeen?

	Helemaal mee oneens	2	3	4	5	6	Helemaal mee eens
Ik vind de module overzichtelijk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik vind de module geordend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik vind de module duidelijk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik vind de module nuttig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik zou de module (in de toekomst) willen gebruiken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

Als laatste wil ik u nog vragen om uw functie in te vullen. Dit zal alleen worden gebruikt om te controleren voor uw functie en dit zal nooit aan u als persoon worden gekoppeld. U heeft deze vragenlijst volledig anoniem ingevuld.

---

16. Wat is uw functie?



- Psycholoog
- Maatschappelijk hulpverlener
- Masterstudent GZP (gezondheidszorgpsychologie)
- Anders, namelijk

---

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!

Als u interesse heeft in huidig onderzoek naar de gespreksmodule of graag meer wilt weten over het doel van dit onderzoek, kunt u hieronder uw mailadres invullen.

Mailadres:

---

Als u vragen of opmerkingen heeft, over de gespreksmodule of deze vragenlijst, kunt u die hier achterlaten.

---

---




## 10.8 Bijlage H – Factoranalyse aanvullend onderzoek

Er is een factoranalyse gedaan om te onderzoeken of de items onder te verdelen zijn in schalen die overeenkomen met de te onderzoeken factoren. Als extractiemethode is tijdens deze factoranalyse Maximum Likelihood gebruikt, hiernaast is gekozen voor Varimax rotatie. In tabel 4 zijn de resultaten van deze factoranalyse te zien, factorladingen  $<.5$  zijn hier weggelaten.

Tabel 4. Factorladingen voor de items van de vragenlijst van het aanvullend onderzoek.

Item	factor 1	factor 2	factor 3	factor 4	factor 5
15.4	.848				
3	.823				
15.5	.809				
1	.789				
2	.686				
4	.513				
15.1		.851			
15.2		.813			
15.3		.778			
10			.940		
8			.680		
9			.598		
12				.763	
14				.650	
11				.621	
13				.606	
6					.977
5					.597
7					

In tabel 4 is te zien dat item 1 hoog laadt op factor 1, echter zou item 1 de *verwachte betrokkenheid van cliënten bij de behandeling* moeten meten en de andere vragen die hoog laden op deze factor zouden de *bruikbaarheid van de module* moeten meten. Om deze reden is met een betrouwbaarheidsanalyse gekeken wat er gebeurd als dit item niet wordt meegenomen bij factor 1. De betrouwbaarheid is dan nog



steeds goed ( $\alpha = .875$ ), dus is ervoor gekozen om de *verwachte betrokkenheid van cliënten bij de behandeling* (item 1) apart te toetsen.

Item 13 laadt ook op een factor waarbij hij van tevoren niet werd verwacht, daarom wordt ook dit item weggehaald bij deze schaal. Van tevoren werd verwacht dat item 13 op dezelfde schaal zou laadden als item 8, 9 en 10, omdat dit item ook gaat over het belang van het uitspreken van behandeldoelen. Item 7 laadt op geen enkele schaal hoog, daarom wordt ook dit item niet meegenomen in de verdere analyses.

Over de factoren 1 (zonder item 1), 2, 3, 4 (zonder item 13) en 5 zijn betrouwbaarheidsanalyses gedaan. Hierbij is onderzocht hoe hoog Cronbach's alpha is. Hieronder zijn de waarden voor Cronbach's alpha voor de verschillende factoren aangegeven. Als deze waarde tussen .7 en .8 ligt is de betrouwbaarheid voor deze factor acceptabel, wanneer de waarde  $>.8$  is de betrouwbaarheid voor de factor goed.

### **Factor 1 – Bruikbaarheid van de module**

- 2. Ik vind het belangrijk dat er gespreksmodules bestaan in de gezondheidszorg.*
- 3. Ik denk dat deze gespreksmodule van belang is voor de gezondheidszorg.*
- 4. Ik denk dat deze gespreksmodule bruikbaar is in de gezondheidszorg.*
- 15.4. Ik vind deze module nuttig.*
- 15.5. Ik zou deze module (in de toekomst) willen gebruiken.*

De vragen binnen factor 1 gaan allemaal over de bruikbaarheid van de module, dit is dan ook de titel die deze factor zal krijgen. De betrouwbaarheid van deze factor is hoog ( $\alpha = .875$ ).

### **Factor 2 – Duidelijkheid van de module**

- 15.1. Ik vind de module overzichtelijk.*
- 15.2. Ik vind de module geordend.*
- 15.3. Ik vind de module duidelijk.*

De vragen binnen factor 2 gaan allemaal over de duidelijkheid van de module, de factor zal dan ook deze titel krijgen. De betrouwbaarheid van factor 2 is hoog ( $\alpha = .865$ ).

### **Factor 3 – Belang van het uitspreken van behandeldoelen**

- 8. Ik denk dat een cliënt eerder geneigd is te werken voor behandeldoelen wanneer hij of zij het belang ervan zelf uitspreekt.*
- 9. Ik denk dat een cliënt doelen eerder zal behalen wanneer hij of zij zelf uitspreekt hoe hij deze doelen kan behalen.*
- 10. Ik denk dat de betrokkenheid van een cliënt bij de eigen behandeling zal verhogen door het zelf laten uitspreken van het belang van opgestelde behandeldoelen.*

De vragen die binnen factor 3 vallen gaan allemaal over het belang van het uitspreken van behandeldoelen, daarom heeft deze factor dit ook als overkoepelende titel gekregen. De betrouwbaarheid van deze factor is ook weer hoog ( $\alpha = .847$ ).



**Factor 4 – Belang van positieve feedback ( $\alpha = .762$ )**

*11. Ik denk dat het, voor de betrokkenheid van een cliënt bij de eigen behandeling, belangrijk is om de cliënt positieve feedback te geven.*

*12. Hoe belangrijk is het dat de cliënt zelf beslissingen neemt?*

*14. Hoe belangrijk denkt u dat het is om cliënten positieve feedback te geven?*

Binnen factor 4 gaan de vragen over het belang van positieve feedback en het zelf nemen van beslissingen door de cliënt, deze vragen hebben dus allemaal betrekking op de sociaalpsychologische techniek self-efficacy die is opgenomen in de module. Er is voor gekozen om deze factor de titel ‘belang van positieve feedback’ te geven. De betrouwbaarheid van deze factor is acceptabel ( $\alpha = .762$ ).

**Factor 5 – Belang van normen ( $\alpha = .732$ )**

*5. Ik denk dat cliënten bij de toepassing van deze gespreksmodule denken dat andere cliënten meebeslissen over de eigen behandeling.*

*6. Ik denk dat het voor cliënten belangrijk is om te weten of andere cliënten meebeslissen over de eigen behandeling.*

Factor 5 bestaat uit twee vragen die beide gaan over het belang van normen in de gespreksmodule, dit is dan ook de titel van deze factor. De betrouwbaarheid van deze factor is acceptabel ( $\alpha = .732$ ).