

Journal of Social Intervention: Theory and Practice –  
2010 – Volume 19, Issue 4, pp. 82–99  
URN:NBN:NL:UI:10-1-101233

ISSN: 1876-8830

URL: <http://www.journalsi.org>

Publisher: Igitur, Utrecht Publishing & Archiving  
Services in cooperation with Utrecht University of

Applied Sciences, Faculty of Society and Law

Copyright: this work has been published under a

Creative Commons Attribution-Noncommercial-No  
Derivative Works 3.0 Netherlands License

**Esther Kuis**, BSc is a student at the Institute of

Psychology, Erasmus University Rotterdam.

Correspondence to: Inholland, Theresiastraat 8,

2593 AN, Den Haag.

E-mail: [esther.kuis@gmail.com](mailto:esther.kuis@gmail.com)

**Drs. Anja Knoope** is lecturer Addiction Care at

Inholland University of Applied Sciences (Den Haag).

Correspondence to: Inholland, Theresiastraat 8, 2593

AN, Den Haag.

E-mail: [anja.knoope@inholland.nl](mailto:anja.knoope@inholland.nl)

**Prof. dr. Anne Goossensen** is professor Substance Abuse

Treatment at Inholland University of Applied Sciences

(Den Haag) and professor Presence and Mental

Health Care at Tilburg University. Correspondence to:

Inholland, Theresiastraat 8, 2593 AN Den Haag.

E-mail: [anne.goossensen@inholland.nl](mailto:anne.goossensen@inholland.nl)

Received: 2 June 2010

Accepted: 20 October 2010

Review Category: Research

## EVALUATIE VAN RELATIEVORMING IN DE LAAGDREMPELIGE VERSLAVINGSZORG

ESTHER KUIS, ANJA  
KNOOPE, ANNE  
GOOSSENSSEN

### ABSTRACT

#### Quality of relationship-building in low-threshold addiction and mental health care

The goal of this article is to report about a quest to find a measure for evaluation of the quality of relationship-building in health care. First the importance of quality of relationship building in low threshold care is discussed. We search concepts and questionnaires that have value in this context. From this overview a questionnaire is chosen that covers aspects of the quality of relationship-building best. This instrument was adapted to the care context and we collected data among 80 visitors of low-threshold institutions in four different cities. We evaluate to what extent the instrument meets our requests and explore further possibilities for application.

## **Keywords**

Quality of relationship-building, low-threshold addiction care, research instrument, patient-centred care

## **SAMENVATTING**

### **Evaluatie van relatievorming in de laagdrempelige verslavingszorg**

Dit artikel vraagt aandacht voor de relationele kwaliteiten van professionals in de laagdrempelige verslavingszorg. Allereerst wordt beargumenteerd dat de kwaliteit van de relatie een belangrijk onderdeel is van de laagdrempelige verslavingszorg. Vervolgens wordt een literatuuroverzicht gepresenteerd waarmee een aantal aspecten van de kwaliteit van de relatie wordt blootgelegd. Omdat kwaliteit van de relatie van belang blijkt binnen patiëntgerichte zorg, worden verschillende instrumenten die patiëntgerichtheid meten vergeleken. De auteurs selecteerden op basis van deze vergelijking de vragenlijst die de meeste aspecten van de kwaliteit van de relatie meet, en bewerkten deze. Daarna is dit instrument getoetst in een onderzoek onder 80 bezoekers van laagdrempelige verslavingscentra in vier verschillende steden. De auteurs concluderen dat de bewerkte vragenlijst onderscheidend vermogen bezit voor verschillende werkers en instellingen. De lijst is behulpzaam bij het meten van de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en hulpverlener.

## **Trefwoorden**

Kwaliteit relatievorming, laagdrempelige verslavingszorg, meetinstrumenten, patiëntgerichte zorg

## **DANKWOORD**

Wij danken de bezoekers en werkers van laagdrempelige (verslavingszorg) instellingen in Den Haag, Dordrecht, Utrecht en Groningen voor hun bereidwillige medewerking.

## **INLEIDING**

Kwaliteit van zorg is een belangrijk aandachtspunt in de hedendaagse gezondheidszorg. Door innovatieprogramma's worden verschillende zorgsectoren geprikkeld hun prestaties te verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn "Zorg voor beter" in de verpleeghuizen en "Sneller beter" in ziekenhuizen. Postoperatieve infecties worden teruggedrongen en wachtlijsten weggewerkt. Een andere manier

om kwaliteit te optimaliseren is door instellingen verantwoording af te laten leggen in de vorm van indicatorgegevens. Het gaat dan om meetgegevens, die goede of slechte zorg tonen zoals decubituscijfers, aantallen heroperaties of heropnames. Deze cijfers worden in kranten weergegeven, zodat de burger "op de hoogte is". Opvallend is dat het kwaliteitsdebat zich richt op interventies en producten. Het gaat om wat er geleverd is en wat daar de gevolgen van zijn in termen van opgeloste problemen, verminderde wachtlijsten of ongewenste neveneffecten. Dit denken in "wat" aspecten van de zorg maakt het kwaliteitsdebat concreet, maar levert ook problemen op.

Ten eerste is een gevolg van het reduceren van het kwaliteitsdebat naar het productniveau van zorg dat meer subtiele kwaliteitsaspecten uit beeld verdwijnen. Effectiviteit van zorg, logistiek, toegankelijkheid en efficiëntie van de zorg vallen redelijk concreet vast te stellen. Maar hoe zit het met patiëntgerichtheid? De WHO definieert dit als: "de ontwikkeling van zorgsystemen waarbij rekening wordt gehouden met en gereageerd wordt op de algemene verwachtingen van individuen" (World Health Organization, 2000, p. 31). Deze kwaliteitsdimensie wordt niet of nauwelijks meegenomen in bestaande innovatieprogramma's als "Zorg voor beter" en "Sneller beter". De meest geëigende manier om hier gegevens over te verzamelen is via satisfactieonderzoek. Deze metingen geven echter vooral informatie over proces- en uitkomstindicatoren en de "hotelfunctie" van de zorginstelling. Ook blijkt dat patiënten over het algemeen weinig kritisch zijn. Indicatorsystemen meten weliswaar cliëntgebonden indicatoren als bejegening, informatie en aandacht. Echter, hierin is weinig differentiatie aangebracht in de antwoordcategorieën. Satisfactie biedt weinig differentiatie als het gaat om kwaliteit (Edwards, Staniszweska & Crichton, 2004). Slechte praktijken springen er niet uit.

Ten tweede wringt het als het gaat over onderdelen van de zorg met minder "productachtige" interventies zoals de GGZ en de verslavingszorg. Het behandelen van een depressie is iets anders dan een blindedarm. Nog een stap ingewikkelder zijn de zorgonderdelen zonder concrete interventies om mensen beter te maken, zoals de laagdrempelige verslavingszorg of de palliatieve zorg. Daar is minder sprake van een intake en het gericht oplossen van de problemen via behandelplan en interventie. De zorg berust vooral op mensenwerk, het bieden van steun en begrip. De eerder beschreven innovatieprogramma's en verantwoordingsindicatoren sluiten niet goed aan op deze zorgpraktijken. Niet de interventies, maar de houding van de hulpverlener en de manier waarop de hulpverlener de patiënt bejegt, bepalen de kwaliteit in de laagdrempelige verslavingszorg. Maar hoe kan de kwaliteit hiervan vastgesteld worden? Zijn daar meetinstrumenten voor?

Dit artikel doet verslag van een zoektocht om kwaliteit van zorg door de ogen van patiënten in de laagdrempelige verslavingszorg vast te leggen. De relatievaardigheden van werkers in de laagdrempelige zorg achten we van groot belang om de doelen van laagdrempelige opvang te bereiken. Daarom kiezen we "kwaliteit van de relatie" als focus. We analyseren welke concepten

samenhangen met de “kwaliteit van de relatie” en welke evaluatievragenlijsten hier aandacht aan besteden. Wij selecteerden op basis van deze vergelijking de vragenlijst die de meeste aspecten van de kwaliteit van de relatie meet, en bewerkten deze. In dit artikel doen we verslag van een proeftoepassing onder 80 bezoekers van vier centra met deze bewerkte vragenlijst.

## KWALITEIT VAN DE RELATIE

Relatievorming is een belangrijk onderdeel van de laagdrempelige verslavingszorg, aangezien in zorgonderdelen zonder concrete interventies de houding van de hulpverlener en de manier waarop de hulpverlener de patiënt bejegt bepalend zijn voor de kwaliteit van de zorg. Kwaliteit van de relatie blijkt van belang binnen patiëntgerichte zorg, één van de peilers van het *Institute of Medicine* voor verbetering van de kwaliteit van zorg (Institute of Medicine, 2001). We doen daarom eerst een stap terug en verkennen het concept patiëntgerichtheid. Daarna volgt een gedegen verkenning van relatievorming als concept.

In de wetenschappelijke databanken Pubmed/Medline en PsycINFO zochten we met behulp van de zoektermen “*patient centredness*”, “*patient centered care*” en “*quality of care*” naar artikelen. Hier kwamen artikelen uit naar voren die een uitwerking van het begrip patiëntgerichtheid bevatten. Door middel van literatuuronderzoek is het begrip patiëntgerichtheid verkend. Uit de omschrijvingen van patiëntgerichtheid zijn verschillende criteria afgeleid. Deze criteria zijn van belang bij het vormgeven van de zorg vanuit patiëntenperspectief. Na zorgvuldige afweging en herweging is gekozen om acht criteria te onderscheiden. Hoe vaak deze criteria terugkwamen in de literatuur en het belang wat aan de criteria toegekend werd heeft een rol gespeeld bij de keuze. We operationaliseren het begrip patiëntgerichtheid naar de volgende criteria: behoeften, autonomie, kwaliteit relatie, communicatie, hele persoon en context, beschikbaarheid, kwaliteit en nabijheid en vertrouwelijkheid. De criteria en de literatuur waarin deze beschreven zijn worden weergegeven in Tabel 1.

In de tabel hebben de criteria 1 tot en met 5 te maken met de relatie tussen cliënt en hulpverlener. Via deze relatie verkent de hulpverlener, in de meest ideale zin, de behoeften van een patiënt en betreft hem bij beslissingen. Zo is er aandacht voor de gehele persoon en diens context. Maar over welke aspecten van een relatie gaat het dan? Waar kunnen werkers op beoordeeld worden? Wat is dan kwaliteit?

In de literatuur is onderbouwing te vinden voor de stelling dat relatievorming belangrijk is voor het meten en verbeteren van kwaliteit van de zorg. Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de kenmerken van een kwalitatief goede relatie. Al in 1957 heeft Rogers onderzoek gedaan naar de cliëntgerichte benadering. Hij stelt dat onvoorwaardelijke acceptatie, empathie en echtheid de basis van de therapeutische relatie moeten zijn (Lang & Van der Molen, 2003). Deze kenmerken komen

Tabel 1: Criteria van patiëntgerichtheid.

Criteria	Omschrijving	Bron
1	Behoeften De zorg dient afgestemd te worden op de behoeften van de patiënt.	Bensing, 2000 Aarssen, 2003 Den Hertog, Groen & Weehuizen, 2005
2	Autonomie De patiënt heeft het recht om betrokken te zijn bij beslissingen die de eigen gezondheid en behandeling betreffen.	World Health Organization, 2000 Bensing, 2000
3	Kwaliteit relatie Juiste bejegening van de patiënt in de relatie.	World Health Organization, 2000 Little <i>et al.</i> , 2001 Pearce & Trumble, 2006 Goossens, 2008
4	Communicatie De patiënt heeft recht op helder contact en de mogelijkheid tot het stellen van vragen aan de hulpverleners.	World Health Organization, 2000
5	Hele persoon & context Aandacht voor de hele persoon en ondersteuning voor het (sociaal) functioneren van de persoon in bredere systemen zoals familie, werk en school.	Bensing, 2000 World Health Organization, 2000 Little <i>et al.</i> , 2001 Den Hertog <i>et al.</i> , 2005 Pearce & Trumble, 2006
6	Beschikbaarheid De zorg dient zo georganiseerd te worden dat deze binnen afzienbare tijd plaatsvindt om extra ongemak te voorkomen.	World Health Organization, 2000
7	Kwaliteit en nabijheid Voorzieningen dienen aan algemeen aanvaardbare standaarden van kwaliteit te voldoen en zo dicht mogelijk bij de patiënt gebracht te worden.	World Health Organization, 2000 Den Hertog <i>et al.</i> , 2005
8	Vertrouwelijkheid De patiënt heeft totale controle over de manier waarop persoonlijke informatie wordt bewaard en aan wie deze persoonlijke informatie wordt doorgegeven.	World Health Organization, 2000

in vele beschrijvingen van de relatie terug (Chatoor & Krupnick, 2001; Vandereyken, 2006). Meer recent heeft Lambert (2005) onderzoek gedaan naar algemene therapiefactoren. Hij beschrijft dat een goede therapeutische relatie onder andere gekenmerkt wordt door warmte, begrip en acceptatie. Een andere beschrijving is dat een effectieve therapeut sensitief, zacht, eerlijk, warm, betrokken, begripvol, respectvol en deskundig is (Krikilion, 2006). Volgens Baart (2004) gaat het in de relatie om kwaliteit van aandacht, enthousiasme en betrokkenheid. Colijn, Sniijders & Trijsburg (2003) stellen dat empathie, warmte en acceptatie, samengevat als er voor iemand zijn, belangrijk zijn. Ook komt het belang van steun terug. Van Heijst (2005) wijst op het belang van betrokkenheid en menslievendheid. Freedman, Hoffenberg, Vorus & Frosch (1998) gebruikten in hun onderzoek de *positive relationship index* (PRI). Deze bevat de kenmerken steun, empathie en inzicht. Tenslotte hebben McCabe & Priebe (2004) een studie verricht naar verschillende meetinstrumenten voor de relatie. Hieruit komt naar voren dat onder andere warmte, begrip, deskundigheid en acceptatie belangrijke elementen zijn.

Uit deze verschillende beschrijvingen van een kwalitatief goede relatie zijn een aantal kenmerken af te leiden die indicatief zijn voor de kwaliteit van deze relatie. Allereerst is gekozen om de aspecten die in meerdere bronnen terugkwamen te includeren in dit onderzoek. Respect en aandacht als kenmerken van de relatie zijn slechts in een bron teruggevonden. Deze aspecten zijn wel meegenomen aangezien deze in de praktijk veel gebruikt worden en in meetinstrumenten voor evaluatie van de kwaliteit van zorg, zoals de CQ-index en de QUOTE, terugkomen. Op basis van bovenstaande literatuurstudie zijn we gekomen tot tien onderscheiden aspecten met betrekking tot de relatie (zie Tabel 2).

Als het gaat om kwaliteit van relatievorming hebben we nu een aantal aspecten die beoordeeld kunnen worden bij werkers. Hoe zouden we dit kunnen meten? Zelfbeoordeling door werkers is hier niet de beste weg. Het bepalen van de kwaliteit van bovenstaande aspecten van relatievorming kan niet buiten cliënten om. Het gaat om hun ervaring. Er bestaan vele vragenlijsten om de kwaliteit van zorg te evalueren vanuit hun perspectief. We hebben gekozen om meetinstrumenten op basis van patiëntgerichtheid mee te nemen in dit onderzoek, omdat patiëntgerichtheid één van de pijlers van het *Institute of Medicine* voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg is (Institute of Medicine, 2001). Hiervoor is in wetenschappelijke databanken gezocht naar instrumenten die patiëntgerichtheid van zorg te meten. Er zijn instrumenten opgenomen die dit op verschillende manieren meten, namelijk op basis van voorkeuren, waardering, tevredenheid of ervaringen. Sommige van deze meetinstrumenten bevatten vragen over de kwaliteit van de relatie. Om de instrumenten te beoordelen, hebben we onderzocht in hoeverre de verschillende aspecten van de kwaliteit van de relatie, zoals onderscheiden in Tabel 2, door de meetinstrumenten gedekt worden. We doen hiervan verslag in Tabel 3.

Tabel 2: Aspecten relatie.

Criteria	Omschrijving	Bron
1 Respect	eerbied hebben voor de eigenheid van de cliënt, uitgaand van zijn/haar waardigheid	Krikilion, 2006
2 Deskundigheid	bekwaamheid/er verstand van hebben	McCabe & Priebe, 2004 Krikilion, 2006
3 Aandacht	een vrije, gespannen toewending naar de ander	Baart, 2004
4 Betrokkenheid	zich emotioneel verbonden voelen	Baart, 2004 Van Heijst, 2005 Krikilion, 2006
5 Begrip	de wil om iets te begrijpen	McCabe & Priebe, 2004 Lambert, 2005 Krikilion, 2006
6 Steun	praktische steun: concrete hulp emotionele/affectieve steun: gevoel geven dat je om iemand geeft	Freedman <i>et al.</i> , 1998 Colijn <i>et al.</i> , 2003
7 Acceptatie	iemand zonder voorwaarden aanvaarden zoals hij is	Rogers 1957 in: Lang & Van der Molen, 2003; Vandereyken, 2006; Chatoor & Krupnick, 2001 Colijn <i>et al.</i> , 2003 Lambert, 2005 McCabe & Priebe, 2004
8 Echtheid	degenen zijn, waarvoor men doorgaat de hulpverlener dient eerlijk te zijn tegenover zichzelf en transparant tegenover de cliënt	Rogers, 1957 in: Lang & Van der Molen, 2003; Vandereyken 2006; Chatoor & Krupnick, 2001
9 Empathie	inleven in de belevingswereld van de cliënt en laten merken dat je de cliënt aanvoelt/begrijpt	Rogers, 1957 in: Lang & Van der Molen, 2003; Vandereyken, 2006; Chatoor & Krupnick, 2001 Colijn <i>et al.</i> , 2003 Freedman <i>et al.</i> , 1998
10 Warmte	affectieve responsiviteit	Colijn <i>et al.</i> , 2003 McCabe & Priebe, 2004 Lambert, 2005 Krikilion, 2006

Tabel 3. Verschillende aspecten van de relatie.

Vragenlijst		Aspecten criterium "kwaliteit relatie"									
		Res- pect	Deskun- digheid	Aan- dacht	Accep- tatie	Echt- heid	Empa- thie	Betrok- kenheid	Begrip	Steun	Warmte
Itemset voor persoonlijke behandeltheorie- vorm voorkeur (Vervaeke, Bleyen & Vartommen, 1997)		✓									
Thermometer cliëntwaardering GGZ (Brouwer & Delnoij, 2004; Kertzman, Kok & Van Wijngaarden, 2003)			✓								
C-toets (Stichting Alexander, 2007)			✓						✓		
Cliëntsatisfactie Monitor-R (CSM-R) (Smit & Van Sonsbeek, 2008)		✓	✓		✓						
CQ-index (Van Wijngaarden, Kok, Meije & Fotiadis, 2007)		✓	✓		✓						
QUOTE (Ianssen & Sixma, 2003)		✓	✓		✓						
SATER (Melief, Flikweert, Broenink & Mak, 2002)			✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓
Primary Care Assessment Survey (Safran <i>et al.</i> , 1998)		✓									

✓ = criterium komt terug in het meetinstrument.



Het blijkt dat het "ervaren baat" instrument (SATER) de meeste door ons onderscheiden aspecten van relatievorming in de zorg meet. Daarbij werden we extra geïnteresseerd door de "ervaren baat" reconstructie. Hierbij gaat men terug naar de hulpvraag van de cliënt, voor deze gereconstrueerd is door de hulpverlener. Dit is echt vernieuwend denken, omdat tot nu toe altijd uitgegaan wordt van de door de hulpverlener geformuleerde hulpvraag. Vanwege hierboven genoemde punten is in dit onderzoek gekozen om de "ervaren baat" vragenlijst aan te passen voor de laagdrempelige verslavingszorg. In deze paragraaf zal beschreven worden hoe dit proces verlopen is.

Het meetinstrument is ontwikkeld op basis van de SATER-vragenlijst voor maatschappelijk werk van het Verwey-Jonker instituut (Melief *et al.*, 2002). Deze SATER-vragenlijst bestaat uit 4 delen, namelijk de belangrijkste problemen, de (maatschappelijk) werker, de hulpverlening en de resultaten van de hulpverlening, met in totaal 87 vragen. De lijst is een bijzondere toevoeging aan uitkomstmaten om de zorg te evalueren. Veel gebruikte maten tot op heden zijn: vermindering van symptomen, kwaliteit van leven, tevredenheid, kennis over de ziekte, compliance, bijwerkingen van medicijnen. Hierbij wordt er een duidelijk onderscheid gemaakt tussen vermindering van symptomen, overlevingstijd, terugkeer of verergering van de ziekte enerzijds en de andere maten anderzijds. Deze scheiding in het denken over resultaten van zorg doet geen recht aan een belangrijke functie van zorg, namelijk bijstand, medeleven, emotionele steun, nabijheid, niet verlaten worden en andere relationele opbrengsten, die maken dat iemand "baat ervaart" van de zorg. Deze opbrengsten van zorg zijn zelden zichtbaar in effectmetingen, terwijl ze voor zorgvragers wel tellen. Sterker nog, er zijn zorgsectoren waar "gezezen" niet op de voorgrond staat en hulpverleners niet kunnen scoren op uitkomstmaten. Eerdergenoemde voorbeelden van zulke sectoren zijn de palliatieve zorg en de laagdrempelige verslavingszorg. Het "ervaren baat" instrument voegt iets wezenlijks toe in de discussie over uitkomstmaten omdat het begint bij de wens/vraag van de cliënt. Deze wordt in den brede verkend, dus het kan ook gaan om aandacht vragen, een praatje maken, nabijheid zoeken of emotionele steun. Vervolgens inventariseert het instrument op welke wijze de vraag door de hulpverlener is "geherformuleerd" en verkent het of de oorspronkelijke vraag van de cliënt is beantwoord. Deze werkwijze heeft belangrijke voordelen boven bestaande evaluatie-instrumenten: de onteigening van verhalen van cliënten door herformulering naar diagnostische taal komt in beeld. En er wordt een breder spectrum gehanteerd om "baat van de zorg" vast te stellen, dan gebruikelijk. Ten slotte heeft het instrument het voordeel dat het veel "non-specifieke" variabelen van de hulpverlener en aspecten van de relatie door de cliënt laat beoordelen, waardoor het een bruikbaar instrument wordt voor evaluatie van zorg in de laagdrempelige verslavingszorg.

Het instrument is aangepast van een maatschappelijk werk setting naar een laagdrempelige verslavingszorg setting. Verschillende vragen zijn geschrapt aangezien het voor onze doelgroep

belangrijk is om een korte en overzichtelijke lijst te creëren. Dit vanwege de concentratie van de respondenten, die soms onder invloed van middelen zijn. De vragenlijst opent bijvoorbeeld met een aantal vragen over hoe de cliënt bij het maatschappelijk werk terecht gekomen is en of dit verplicht was. Verder wordt gevraagd of de cliënt al eerder contact heeft gehad met het maatschappelijk werk en hoe dit verlopen is. Ook wordt ingegaan op de wachttijd na aanmelding. Deze vragen zijn verwijderd aangezien ze minder relevant zijn voor deze setting. Verder bevat de SATER allerlei stellingen over de (maatschappelijk) werker. Deze stellingen zijn behouden. Er zijn extra stellingen toegevoegd die specifiek gaan over aandacht, aangezien dit een belangrijk aspect is van de relatie en nog niet terugkwam in de SATER. De toegevoegde stellingen zijn op basis van de presentiebenadering (Baart 2001, 2004) geformuleerd. De vragen die behouden werden, zijn bruikbaar gemaakt voor de laagdrempelige verslavingszorg door "maatschappelijk werk" te vervangen door de instelling waar vragenlijsten afgenomen worden. Verder zijn sommige vragen anders geformuleerd of zijn antwoordmogelijkheden aangepast. Ook is het taalgebruik van de vragen soms aangepast zodat de vragen beter aansluiten bij de doelgroep.

Deze versie is voorgelegd aan 10 professionals met verschillende functies als GZ psycholoog, hoofd behandeling, beleidsmedewerker en casemanager. De professionals zijn werkzaam bij de instellingen Tactus in Deventer/Zutphen, Centrum Maliebaan in Utrecht, Parnassia in Den Haag, Bouman GGZ in Rotterdam en het project Dot.spot in Tilburg. Verder heeft een ervaringsdeskundige de lijst grondig becommentarieerd. Op basis van deze feedback is het instrument aangepast. Hierbij is besloten de reconstructie van de hulpvraag uit de vragen over "ervaren baat" weg te laten. Deze wordt namelijk niet geformuleerd op de onderzochte locaties, omdat er geen één-op-één-hulpverleningsgesprekken zijn. Om dezelfde reden is de sectie over één-op-één-hulpverleningsgesprekken weggelaten. De beoordeling van behoeften en of die bereikt zijn (ervaren baat) zit nog wel in het instrument. Verder zijn verschillende aanvullingen voor de stellingen die recht doen aan deze setting in de verslavingszorg meegenomen. Hierna was de definitieve versie van de "ervaren baat" vragenlijst voor de laagdrempelige zorg klaar voor gebruik. De vragenlijst bevat 45 vragen die ingedeeld zijn in twee delen: vragen over de instelling en persoonlijke achtergrond informatie. De vragen over de instelling zijn ingedeeld in de belangrijkste redenen voor bezoek, stellingen over de werkers en ervaren resultaten (baat).

## **PROEFTOEPASSING**

Voor dit onderzoek richten we ons op de laagdrempelige verslavingszorg. Het gaat daarbij om maatschappelijke drughulpverlening en sociale verslavingszorg. Hieronder vallen voorzieningen

## EVALUATIE VAN RELATIEVORMING IN DE LAAGDREMPelige VERSLAVINGSZORG

als sociale pensions, huiskamercentra voor verslaafde straatprostituees, dagopvangcentra en gebruiksruidten (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002). Doel van de laagdrempelige verslavingszorg is voornamelijk *harm reduction*. Dit wil zeggen: voorkoming van verdere schade aan gezondheid en toekomstperspectief. Dagopvangcentra nemen snel toe in aantal (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002), mede onder gemeentelijke druk. Men wil de straten "schoon" hebben. Soms zijn daar gebruiksruidten aan gekoppeld. De groep verslaafden die aanklopt bij de laagdrempelige verslavingszorg is een kwetsbare groep zonder ambitie om abstinente te worden. Een groot deel van hen heeft meervoudige problemen en leeft in de marge van de samenleving. Zij hebben vaak problemen met justitie, gebrek aan een zinvolle dagbesteding en problemen met huisvesting. Maatschappelijk herstel komt vaak moeizaam op gang (Van 't Land, Vrugink & Wolf, 2003).

De gegevensverzameling heeft plaatsgevonden bij vier verschillende instellingen. Deze instellingen zijn via bestaande contacten benaderd om mee te werken aan de proeftoepassing van de "ervaren baat" vragenlijst. Het gaat om instellingen in Utrecht, Den Haag, Dordrecht en Groningen. De respondenten zijn geworven via *time-location sampling*. *Time-location sampling* houdt in dat data worden verzameld op plaatsen waar de doelgroep gevonden kan worden, zoals in dit geval bijvoorbeeld dagopvangcentra (Karon, 2005). Auteur 1, auteur 2 of de ervaringsdeskundige was op bepaalde dagen aanwezig in de deelnemende instellingen of dagopvangcentra en vroeg de aanwezigen om deel te nemen aan het onderzoek. Er is een pakje shag gegeven als dank voor deelname. De afname van de vragenlijst gebeurde mondeling en individueel in de vorm van een interview. De vragenlijsten werden afgenomen in de centrale ruimte van de instellingen aan een aparte, vaak wat afgezonderde, tafel. De afname van de vragenlijst duurde gemiddeld 30 minuten.

Van de in totaal 80 respondenten was 83% man en de gemiddelde leeftijd was 41 jaar. Voor 89% van de respondenten was het eerste contact met de instelling positief. De totaalindruk van de instelling is voor veel bezoekers positief (78%). Respondenten werd gevraagd de drie belangrijkste redenen van bezoek aan te geven. Mensen komen naar de laagdrempelige voorziening om vooral relationele en praktische redenen:

- 65% praatje maken met de werker
- 64% eten
- 56% koffie drinken
- 55% bekenden ontmoeten
- 39% onder de mensen zijn.

Later werd hen gevraagd aan deze drie redenen terug te denken en aan te geven of dit gelukt was. De resultaten van deze drie redenen zijn bij elkaar opgeteld om te bepalen hoe vaak de reden van bezoek van de cliënt bereikt werd. Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat 80% van de respondenten hun reden van bezoek altijd of vaak bereikt. Dit betekent dat de "ervaren baat" voor cliënten van deze instellingen vrij hoog is.

Vervolgens is van twee werkers een beoordeling gevraagd. Cliënten werd gevraagd een medewerker van de instelling te noemen. Aan de hand van stellingen werd vervolgens hun mening over de medewerker gevraagd. Daarna werd hen gevraagd nog een medewerker te noemen, die ook beoordeeld werd. Met de volgende data willen we het onderscheidend vermogen van de vragenlijst op het gebied van verschillen tussen werkers en instellingen aantonen. In Tabel 4 presenteren we de stellingen, waar bijna alle werkers positief op werden beoordeeld. Deze items hadden geen onderscheidend vermogen voor aspecten in de omgang met cliënten.

**Tabel 4: Stellingen zonder onderscheidend vermogen.**

Items	Mee eens	Neutraal	Oneens
Werker is aardig	89%	9%	4%
Werker veroordeelt mij niet	87%	9%	4%
Werker is consequent, maar voelt aan als het een bijzondere situatie is	87%	6%	7%
Werker begrijpt meestal wat ik bedoel	86%	8%	6%
Ik voel me vrij om tegen mijn werker te zeggen wat ik wil	85%	4%	11%

Bij de stellingen die weergegeven zijn in Tabel 5 waren er meer negatieve beoordelingen. Deze items geven verschillen aan tussen werkers. De items zijn ons inziens indicatief voor een sterkere, betere of diepere relatie tussen de werker en de cliënt. Cliënten geven aan dat het er toe doet voor henzelf of de werker als zij niet meer komen. Het middelste item (erkenning), duiden wij negatief

**Tabel 5: Discriminerende stellingen.**

Items	Mee eens	Neutraal	Oneens
Als ik niet meer kom, zal mijn werker mij niet missen	35%	13%	52%
Mijn werker geeft mij meer erkenning als ik mijn best doe	41%	20%	39%
Ik mis mijn werker als hij/zij er niet is	50%	15%	35%

## EVALUATIE VAN RELATIEVORMING IN DE LAAGDREMPELIGE VERSLAVINGSZORG

bij een positieve boordeling. 40% van de cliënten geeft aan onvoorwaardelijke erkenning te krijgen, maar ook 40% ervaart meer erkenning te krijgen als hij zijn best doet. Werkers verschillen dus in de ervaring van cliënten in hun vermogen tot onvoorwaardelijke erkenning. Vervolgens hebben we gekeken of de lijst goed onderscheid maakte tussen verschillende werkers. We vroegen ons af of respondenten de eerste door hen genoemde werker andere scores gaven dan de tweede werker, aangezien dat zou laten zien dat de vragenlijst onderscheidend vermogen bezit voor de werkers. Dit was vaak het geval. In Tabel 6 is te zien dat de werkers die als tweede genoemd werden bij de lijst van stellingen, op een aantal stellingen duidelijk lagere scores ontvingen.

**Tabel 6: Onderscheidend vermogen werkers.**

Stellingen	Positief antwoord	Werker A	Werker B
Mijn werker begrijpt meestal wat ik bedoel	Eens	90%	80%
Mijn werker legt mijn woorden nogal eens verkeerd uit	Oneens	87%	70%
Ik voel me vrij om tegen mijn werker te zeggen wat ik wil zeggen	Eens	88%	80%
Ik vind mijn werker aardig	Eens	92%	85%
Mijn werker vindt mij en mijn problemen niet zo belangrijk	Oneens	76%	70%
Het doet mijn werker persoonlijk niets als ik me rot voel	Oneens	80%	66%
Ik krijg veel steun van mijn werker	Eens	80%	70%
Mijn werker lijkt me wat onzeker	Oneens	83%	73%
Misschien had mijn werker beter een ander beroep kunnen kiezen	Oneens	89%	72%
Ik vind mijn werker een betweter	Oneens	86%	69%
Ik vind dat mijn werker goede adviezen geeft	Eens	80%	73%
Ik voel me vertrouwd in het contact met mijn werker	Eens	89%	77%
Mijn werker heeft aandacht voor mij als specifiek persoon	Eens	73%	67%
Mijn werker luistert goed	Eens	93%	83%
Ik vind mijn werker bazig	Oneens	81%	63%

Ten slotte hebben we gezocht naar significante verschillen in de beoordelingen van werkers tussen de vier instellingen. We vonden onder andere significante verschillen tussen de in totaal 40 beoordelingen van werkers per instelling, die als groep vergeleken zijn met andere instellingen (zie Tabel 7).

**Tabel 7: Onderscheidend vermogen instellingen.**

Items	Onderscheid
Mijn werker vindt mij en mijn problemen niet zo belangrijk	significant minder in Dordrecht
Mijn werker staat open voor emoties	significant meer in Dordrecht en Groningen
Mijn werker luistert goed	significant meer in Dordrecht
Als ik plotseling niet meer kom, zal mijn werker mij niet missen	significant minder in Dordrecht en Groningen

## CONCLUSIE EN DISCUSSIE

In dit onderzoek hebben we de evaluatie van de relatievorming in de laagdrempelige verslavingszorg onderzocht. De relevantie hiervan is nagegaan door middel van een conceptuele verkenning van "kwaliteit van de relatie". Er is beargumenteerd dat de relatie een belangrijk onderdeel is van het aanbod van de laagdrempelige verslavingszorg. Vervolgens zijn aan de hand van verschillende aspecten van de "kwaliteit van de relatie" meetinstrumenten vergeleken die deze relatie meten. Hieruit is de "SATER"-vragenlijst gekozen en aangepast voor een proeftoepassing in vier instellingen in de laagdrempelige (verslavings)zorg.

Uit deze proeftoepassing is duidelijk gebleken dat we voor ons doel een passend instrument hebben gevonden. De stellingen maken allereerst onderscheid in de kwaliteit van de ervaren relatie tussen de werker en de cliënt. Dit is van belang met het oog op het identificeren en operationaliseren van een zachte kant in het kwaliteitsdenken. Die zachte kant wordt wel ervaren, maar nog veel te weinig doorvertaald in kwaliteitskaders en criteria. De ontwikkeling van een meetinstrument zou een welkome bijdrage zijn aan het systematisch laten beoordelen van de kwaliteit van de relatie door cliënten. Dit maakt effectmetingen mogelijk van scholing in bijvoorbeeld presentie of belevingsgerichte zorg. In dat kader waren we op zoek naar een instrument met onderscheidend vermogen op het gebied van patiëntgerichtheid, bejegening en relatievorming in de laagdrempelige verslavingszorg en dat lijkt gelukt te zijn. We onderzochten verschillende aspecten van de omgang van cliënt en werker. De stellingen, die duiden op een hechtere band tussen cliënt en werker zoals "Ik mis mijn werker als hij/zij er niet is" worden

minder vaak positief beantwoord en hebben een onderscheidend vermogen. Verder zien we dat werkers verschillend beoordeeld worden. De werker, die door respondenten als tweede werd beoordeeld, scoorde duidelijk lager op verschillende items. Dit betekent dat de lijst onderscheidend vermogen heeft ten opzichte van verschillende werkers. Ook vinden we significante verschillen tussen de vier instellingen waar we gastvrij zijn ontvangen om onderzoek te doen. Kortom, de lijst heeft onderscheidend vermogen voor kwaliteit van de relatie ten aanzien van verschillende werkers en verschillende instellingen.

Graag willen we enkele onvolkomenheden van dit onderzoek toelichten. We hebben met dit onderzoek een grote stap gezet in het meetbaar maken van de "kwaliteit van de relatie". Op dit moment bevatten enkele stellingen uit de vragenlijst nog termen die interpretatie behoeven. Onze aanbeveling is om de interpretatie na te gaan en de stellingen over de werkers vervolgens eenduidiger te verwoorden. Daarnaast werden in de vragenlijsten stellingen over twee werkers uitgevraagd. De cliënten werd eerst gevraagd één werker te noemen, die beoordeeld werd, en daarna een tweede werker te noemen die ook beoordeeld werd. Op deze manier kiest de respondent waarschijnlijk twee werkers van zijn/haar voorkeur. Het zou voor volgend onderzoek waarschijnlijk beter zijn deze werkers random te selecteren. De duur van de relatie tussen respondenten en werker is niet uitgevraagd. Dit kan de resultaten beïnvloed hebben. Verder was de respondentengroep geen a-selecte steekproef. Het zou kunnen dat alleen mensen die gevoelig waren voor een beloning meegedaan hebben aan het onderzoek. Daarbij was een deel van de respondenten onder invloed van middelen. Zij beantwoordden de helft van de stellingen significant vaker positief. Bij de afname van de vragenlijsten kunnen dus kanttekeningen geplaatst worden. Het zou kunnen dat er sprake is geweest van sociale wenselijkheid en andere bias.

Na deze eerste proeftoepassing van het bewerkte "ervaren baat" instrument gaan we door op de ingeslagen weg. We verzamelen momenteel meer metingen in het kader van de Werkplaats Presentie & Verslavingszorg, waar we teams in de laagdrempelige verslavingszorg scholen in presentie. Het "ervaren baat" instrument is een van de meetinstrumenten om vorderingen vast te stellen. In onze zoektocht hebben we de conceptuele analyse naar aspecten van de relatievorming vooral gebruikt om een passend instrument te selecteren voor ons doel. Een stap verder is om de verzamelde data terug te brengen tot somscores op de onderscheiden elementen van relatievorming, zoals gepresenteerd in Tabel 3. Dat was als statistische exercitie voor dit onderzoek een stap te ver, maar ligt voor de toekomst open als interessante mogelijkheid. Zodra we voldoende data hebben verzameld zullen er valideringsanalyses worden uitgevoerd. We denken aan test-hertest beoordelingen en clusteranalyse. We streven naar een aantal van 400 lijsten voordat we deze analyses in gaan.

Ten slotte willen we nog even licht laten schijnen op een verschil dat we vinden tussen instellingen. Een instelling die door respondenten significant beter werd beoordeeld op diverse aspecten van relatievorming was een instelling op christelijke grondslag. Hier ligt mogelijk een verband dat door verder onderzoek nader onderzocht kan worden. Bieden instellingen op een levensbeschouwelijke grondslag, zoals De Hoop en Arta, relatievorming die door cliënten significant beter wordt beoordeeld dan bij reguliere instellingen? Nader onderzoek dient uit te wijzen of dit verband gegeneraliseerd kan worden en of en hoe reguliere instellingen hun voordeel kunnen doen met deze inzichten.

## LITERATUUR

- Aarsse, H. R. (2003). *De betekenis van cliënttevredenheid als indicator voor kwaliteit van zorg. Een prospectief onderzoek naar factoren die cliënttevredenheid voorspellen in de Geestelijke Gezondheidszorg en de Verslavingszorg* [The Meaning of Client Satisfaction as an Indicator for Quality of Care. A Predictive Study on Factors that Predict Client Satisfaction in Addiction and Mental Health Care]. Amsterdam: Thela Publishers.
- Baart, A. (2001, 2004). *Een theorie van de presentie* [A Theory of Presence]. Utrecht: Lemma.
- Baart, A. (2004). *Aandacht. Etudes in presentie* [Attention. Study in Presence]. Utrecht: Lemma.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 17–25.
- Brouwer, W., & Delnoij, D. M. J. (2004). *Verdiepingsstudie prestatie-indicatoren consumenttevredenheid en patiënttevredenheid* [In-depth Study Performance Indicators Consumer Satisfaction and Client Satisfaction]. Utrecht: NIVEL.
- Chatoor, I., & Krupnick, J. (2001). The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(5), 19–25.
- Colijn, S., Snijders, J. A. & Trijsburg, R. W. (Eds.). (2003). *Leerboek integratieve psychotherapie* [Textbook Integrative Psychotherapy]. Utrecht: De Tijdstroom.
- Edwards, C., Staniszweska, S., & Crichton, N. (2004). Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed. *Sociology of Health & Illness*, 26(2), 159–183.
- Freedman, N., Hoffenberg, J. D., Vorus, N. & Frosch, A. (1998). The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: the role of treatment duration, frequency of sessions, and the therapeutic relationship. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(3), 741–772.
- Goossensen, A. (2008). *Logica en liefde in de verslavingszorg: de relatie als basis voor zorgvernieuwing* [Reason and Love in the Addiction Care: The Therapeutic Relation as Starting Point for Renewal of the Care Sector]. Lectorale Rede: Hogeschool INHolland.



- Heijst, A. van (2005). *Menslievende zorg: Een ethische kijk op professionaliteit* [Humane Care: An Ethical Reflection on Professionalism]. Kampen: Klement.
- Hertog, F. den, Groen, M., & Weehuizen, R. (2005). *Mapping health care innovation: Tracing walls & ceilings*. Maastricht: MERIT.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21<sup>st</sup> century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Janssen, B., & Sixma, H. (2003). *QUOTE – EEE: Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de gebruikers van enkelvoudige extramurale ergotherapeutische zorg* [QUOTE – EEE: Quality of Care from the Perspective of Users of Single, Extramural, Ergotherapeutic Care]. Utrecht: NIVEL.
- Karon, J. M. (2005). *The analysis of time-location sampling study data*. Retrieved December 15, 2008, from [www.amstat.org](http://www.amstat.org).
- Kertzman, T., Kok, I., & Wijngaarden, B. van (2003). *De GGZ Thermometer nader onderzocht: De evaluatie van een vragenlijst voor cliëntwaardering in de volwassenenzorg* [The Mental Health Care Thermometer Examined: Evaluation of a Questionnaire for Client Satisfaction in Adult Care]. Utrecht: Trimbosinstituut en GGZ Nederland.
- Krikilion, W. (2006). *De therapeutische relatie* [The Therapeutic Relation]. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: further evidence for the importance of common factors rather than "placebo effects". *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 855–869.
- Land, H. van 't, Vrugink, J., & Wolf, J. (2003). *Van later zorg? Over de kwaliteit van laagdrempelige zorg voor langdurig verslaafden* [The Quality of Low Threshold Care for Chronic Addicts]. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lang, G., & Molen, H. T. van der (2003). *Psychologische gespreksvoering: Een basis voor hulpverlening* [Psychological Conversation: A Basis for Therapeutic Care]. Soest: Nelissen.
- 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), 1–7.
- McCabe, R., & Priebe, S. (2004). The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 115–128.
- Melief, W., Flikweert, M., Broenink, N., & Mak, J. (2002). *SATER: de stem van de gebruiker. Cliënten over de hulpverlening bij De NoorderMaat* [SATER: The Voice of the User. Client experiences with Care at the NoorderMaat]. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2002). *Kwaliteitsbeleid zorginstellingen* [Quality Policy Health Care Institutions]. Retrieved January 13, 2009, from [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl).
- Pearce, C., & Trumble, S. (2006). Computers can't listen. Algorithmic logic meets patient centredness. *Australian Family Physician*, 35(6), 439–441.
- Safran, D. G., Kosinski, M., Tarlov, A. R., Rogers, W. H., Taira, D. A., Lieberman, N., & Ware, J. E. (1998). The primary care assessment survey: Tests of data quality and measurement performance. *Medical Care*, 36(5), 728–739.
- Smit, A., & Sonsbeek, M. van. (2008). *Uitkomsten Monitor Cliëntenwaardering 2007: Volwassenenzorg en ouderen de Gelderse Roos* [Outcomes Client Satisfaction Monitor 2007: Adult Care and Elderly Care the Gelderse Roos]. Wolfheze: Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering.
- Stichting Alexander. (2007). *De C-toets versie 2007. Evaluatie C-toets versie 2004, aanpassing en verantwoording* [The C-test edition 2007. Evaluation C-test edition 2004, Adjustment and Accountability]. Amsterdam: Stichting Alexander.
- Vandereyken, W. (2006). *Handboek psychopathologie* [Textbook Psychopathology]. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vervaeke, G. A. C., Bleyen, K., & Vertommen, H. (1997). *De invloed van voorkeuren op de beginfase van psychotherapie* [The Influence of Preferences on the First Phase of Psychotherapy]. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 23(4), 223–236.
- Wijngaarden, B. van, Kok, I., Meije, D., & Fotiadis, L. (2007). *Een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante ggz: De ontwikkeling en psychometrische kwaliteiten van een vragenlijst voor het meten van cliëntervaringen: verslag van een pilotstudie*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- World Health Organization. 2000. *World health report 2000: Health systems: Improving performance*. Genève: WHO.